Анамнестическая анкета для женщин 18-49 лет

При ответах на вопросы следует обвести «да» или «нет». В конце анкеты поставьте подпись.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Паспортная часть** | | | | | | |
| Ф.И.О. | | | | | | |
| Дата рождения (число, месяц, год) | | | | | | |
| Возраст (полных лет) | | | | | | |
| Дата заполнения анкеты (число, месяц, год) | | | | | | |
| **№** | **Вопрос** | **Ответ** | | | | |
| **Менструальная функция (вопросы 1-12):** | | | | | | |
| 1 | В каком возрасте у Вас начались менструации (полных лет)? Если не начались, поставьте «—». | лет | | | | |
| 2 | Менструации проходят через примерно равные промежутки времени? | да | | | нет | |
| 3 | Какая продолжительность (была продолжительность) менструации - от первого дня одной до первого дня следующей? | дней | | | | |
| 4 | Сколько дней в среднем продолжается (продолжалась) менструация? | дней | | | | |
| 5 | Бывают (бывали) ли у Вас задержки менструации более 2 недель? | да | | | нет | |
| 6 | У Вас обильные менструации (использование максимально впитывающих прокладок/тампонов 5 капель или больше) более 1 дня? | Да | | | нет | |
| 7 | У Вас скудные менструации (использование только ежедневных прокладок во время менструации)? | Да | | | нет | |
| 8 | Менструации проходят болезненно (используете ли Вы обезболивающие препараты) | да | | | нет | |
| 9 | Бывают у Вас боли внизу живота или пояснице вне менструации? | да | | | нет | |
| 10 | Бывают у Вас межменструальные кровяные выделения? | да | | | нет | |
|  | если «да», сколько дней (укажите цифрой количество) |  | | | | |
| 11 | Какой у Вас сегодня день менструального цикла (при наличии)? |  | | | | |
| 12 | Если у Вас закончились менструации, то в каком возрасте (полных лет)? Если не закончились, поставьте «—». | лет | | | | |
| **Вопросы, связанные с половой жизнью (вопросы 13-27):** | | | | | | |
| 13 | В каком возрасте Вы начали половую жизнь (полных лет)? |  | | | | |
| 14 | Используете ли Вы презерватив при половых контактах? | да | | | нет | |
| 15 | Используете ли Вы гормональную контрацепцию (например, противозачаточные таблетки)? | да | | | нет | |
| 16 | Предохраняетесь ли Вы с помощью внутриматочной спирали? | да | | | нет | |
| 17 | Бывают у Вас боли при половых контактах? | да | | | нет | |
| 18 | Бывают у Вас кровяные выделения из половых путей при половой жизни? | да | | | нет | |
| 19 | Страдаете ли Вы бесплодием (беременность не наступает при регулярной половой жизни без предохранения более года)? | да | | | нет | |
| 20 | Были ли у Вас беременности? | да | | | нет | |
|  | если «да», сколько (укажите цифрой количество)? |  | | | | |
| 21 | Были ли у Вас роды? | да | | | нет | |
|  | если «да», сколько (укажите цифрой количество)? |  | | | | |
| 22 | Если у Вас были роды, закончились ли они кесаревым сечением? | да | | | нет | |
|  | если у вас не было родов, не отвечайте на этот вопрос |  | | | | |
| 23 | Если у Вас были роды, закончились ли они преждевременными родами? | да | | нет | | |  |
|  | если у вас не было родов, не отвечайте на этот вопрос |  | | | | |
| 24 | Были ли у Вас медицинские прерывания беременности (аборты)? | да | нет | | | |
|  | если «да», сколько (укажите цифрой количество)? |  | | | | |
| 25 | Были ли у Вас внематочные беременности? | да | | | | нет |
|  | если «да», сколько (укажите цифрой количество)? |  | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 26 | | Были ли у Вас самопроизвольные прерывания беременности (выкидыши)? | | да | | нет | |
|  | | если «да», сколько (укажите цифрой количество)? | |  | | | |
| 27 | | Были ли у Вас неразвивающиеся (замершие) беременности? | | да | | нет | |
|  | | если «да», сколько (укажите цифрой количество)? | |  | | | |
| **Имеются ли у Вас гинекологические заболевания (вопросы 28-35):** | | | | | | | |
| 28 | | заболевания шейки матки | | да | | нет | |
| 29 | | воспаление матки, придатков | | да | | нет | |
| 30 | | инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) | | да | | нет | |
| 31 | | кисты или опухоли яичников | | да | | нет | |
| 32 | | миома матки | | да | | нет | |
| 33 | | эндометриоз | | да | | нет | |
| 34 | | Проходили ли Вы когда-либо стационарное лечение по поводу гинекологических заболеваний? | | да | | нет | |
| 35 | | Оперировались ли Вы по поводу гинекологических заболеваний? | | да | | нет | |
| **Имеются ли у Вас перенесенные заболевания других органов (вопросы 36-47):** | | | | | | | |
| 36 | | заболевания молочных желёз | | да | | нет | |
| 37 | | заболевания щитовидной железы | | да | | нет | |
| 38 | | заболевания крови, снижение гемоглобина | | да | | нет | |
| 39 | | аутоиммунные или ревматические заболевания | | да | | нет | |
| 40 | | аллергические заболевания | | да | | нет | |
| 41 | | инфекционные заболевания (вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция, туберкулёз) | | да | | нет | |
| 42 | | наследственные (генные, хромосомные) заболевания | | да | | нет | |
| 43 | | онкологические заболевания | | да | | нет | |
| 44 | | Имеются ли у Вас указанные выше заболевания в настоящее время? | | да | | нет | |
| 45 | | Получали ли Вы ранее химио- или лучевую терапию по поводу онкологического заболевания? | | да | | нет | |
| 46 | | Были ли у Вас операции (кроме гинекологических)? | | да | | нет | |
| 47 | | Были ли у Вас переливания крови? | | да | | нет | |
| **Вакцинация (вопросы 48-51):** | | | | | | | |
| 48 | | Вакцинированы ли Вы от краснухи? | | да | | нет | |
| 49 | | Вакцинированы ли Вы от ВПЧ? | | да | | нет | |
| 50 | | Вакцинированы ли Вы в текущем году от гриппа? | | да | | нет | |
| 51 | | Вакцинированы ли Вы в текущем году от COVID-19? | | да | | нет | |
| **Жалобы (вопросы 52-58). Жалуетесь ли Вы на:** | | | | | | | |
| 52 | | учащенное или болезненное мочеиспускание? | | да | | нет | |
| 53 | | подтекание мочи при кашле, чихании, смехе, неудержание позыва на мочеиспускание? | | да | | нет | |
| 54 | | высыпания или выделения из половых путей (бели), вызывающие дискомфорт (жжение, зуд, неприятный запах)? | | Да | | нет | |
| 55 | | уплотнение и/или деформация молочных желез, выделения из сосков? | | да | | нет | |
| 56 | избыточный рост волос на теле или лице и/или угревые высыпания на коже лица или других частей тела и/или полосы растяжения (стрии, растяжки) на коже? | | да | | нет | |
| 57 | приливы жара, потливость, ознобы? | | да | | нет | |
| 58 | сухость во влагалище, зуд или диспареунию (болезненность при половом акте)? | | да | | нет | |
| **Репродуктивные установки (вопросы 59-61):** | | | | | | |
| 59 | Сколько у Вас детей? | |  | | | |
| 60 | Если у Вас есть дети, укажите возраст младшего ребенка. Если ребенку менее 1 года, то укажите 0. | | лет | | | |
| 61 | Сколько детей Вы бы хотели иметь (с учетом имеющихся), учитывая Ваши текущие жизненные обстоятельства? | |  | | | |