

Форма анкеты по оценке репродуктивного здоровья женщин

Если у Вас в приоритете здоровье - эта анкета для Вас! Анкета позволит получить общую информацию о здоровье. Варианты ответов: «Да» или «Нет». Если Вы не хотите отвечать на какой-то вопрос - оставьте его без ответа. Ответив на вопросы, Вы сможете понять, на какие именно особенности здоровья Вам стоит обратить внимание в первую очередь.

В конце анкеты впишите дату ее заполнения, поставьте подпись.

Термины и понятия, которые используются в анкете:

Менструация (месячные): физиологическое состояние женского организма, при котором периодически появляются кровяные выделения из половых путей. В норме от первого дня одной до первого дня следующей менструации проходит от 21 до 42 дней.

Кровяные выделения: выделения, состоящие из крови или имеющие примесь крови. Могут быть красного, бордового, розового, коричневого, бурого, бежевого цвета.

Задержка менструации: ситуация, когда ожидаемая менструация не началась в определённый срок (не началась вовсе, началась позже ожидаемого). Принято определять задержку менструации в днях (неделях, месяцах) от даты, когда менструация должна была начаться.

Ф. И. О.		
Дата рождения (число, месяц, год)		
Возраст (полных лет)		
№ п/п	Вопрос	Ответ
Менструальная функция:		
1	В каком возрасте у Вас начались менструации (полных лет)? Если не начались, поставьте «—».	
2	Менструации проходят через примерно равные промежутки времени?	да нет
3	Продолжительность менструации - от первого дня одной до первого дня следующей?	_____ дней
4	Сколько дней в среднем продолжается менструация?	_____ дней
5	Задержки менструации более 2 недель?	да нет
6	Обильные менструации (использование максимально впитывающих прокладок/тампонов (* * * * * или больше) более 1 дня)?	да нет
7	Скудные менструации (использование только ежедневных прокладок во время менструации)?	да нет
8	Менструации проходят болезненно (используете ли Вы обезболивающие препараты в дни менструации)?	да нет
9	Боли внизу живота или пояснице вне менструации?	да нет
10	Кровяные выделения из половых путей вне дней менструации?	да нет
Вопросы для тех, у кого есть опыт половых контактов:		
11	Возраст начала половой жизни (полных лет)?	

12	Используете ли презерватив при половых контактах?	да	нет
13	Используете ли гормональную контрацепцию (например, противозачаточные таблетки)?	да	нет
14	Используете ли внутриматочную спираль?	да	нет
15	Боли при половых контактах?	да	нет
16	Контактные кровяные выделения из половых путей (при половой жизни)?	да	нет
17	Были ли у Вас беременности?	да	нет
	если «да», сколько (указать цифрой количество)?		
18	Были ли у Вас роды?	да	нет
	если «да», сколько (указать цифрой количество)?		
19	Были ли у Вас медицинские прерывания беременности (аборты)?	да	нет
	если «да», сколько (указать цифрой количество)?		
20	Были ли у Вас внематочные беременности?	да	нет
	если «да», сколько (указать цифрой количество)?		
21	Были ли у Вас самопроизвольные прерывания беременности (выкидыши)?	да	нет
	если «да», сколько (указать цифрой количество)?		
22	Были ли у Вас неразвивающиеся (замершие) беременности?	да	нет
	если «да», сколько (указать цифрой количество)?		
Перенесенные гинекологические заболевания:			
23	заболевания шейки матки	да	нет
24	воспаление матки, придатков	да	нет
25	инфекции передающиеся половым путем (ИППП)	да	нет
26	кисты или опухоли яичников	да	нет
27	миома матки	да	нет
28	эндометриоз	да	нет
29	Проходили ли когда-либо стационарное лечение по поводу гинекологических заболеваний?	да	нет
30	Оперировались ли Вы по поводу гинекологических заболеваний?	да	нет
Перенесенные заболевания других органов:			
31	заболевания молочных желёз	да	нет
32	заболевания лёгких	да	нет
33	заболевания сердца	да	нет
34	повышенное артериальное давление	да	нет
35	заболевания желудка, кишечника, печени, поджелудочной железы	да	нет
36	заболевания почек, мочевого пузыря	да	нет
37	заболевания щитовидной железы	да	нет
38	сахарный диабет	да	нет
39	заболевания крови, снижение гемоглобина	да	нет
40	заболевания нервной системы	да	нет
41	заболевания уха, горла, носа	да	нет
42	аутоиммунные или ревматические заболевания	да	нет
43	аллергические заболевания	да	нет
44	операции (кроме гинекологических)	да	нет
45	онкологические заболевания	да	нет
46	хронические инфекционные заболевания (вирусные гепатиты, ВИЧ- инфекция, туберкулёз)	да	нет
47	Проходили ли Вы лечение в стационаре (больнице) по поводу указанных выше заболеваний?	да	нет

48	Имеются ли у Вас указанные выше заболевания в настоящее время?	да	нет
49	были ли переливания крови?	да	нет
Факторы риска:			
50	Имеются/имелись ли у близких родственников (родители, дедушка, бабушка) наследственные заболевания (онкологические, гинекологические, эндокринные или другие)?	да	нет
51	Курите ли Вы?	да	нет
52	Употребляете ли Вы алкогольные напитки (в том числе пиво, коктейли)?	да	нет
53	Другие вредные привычки?	да	нет
54	Занимаетесь ли Вы спортом или физкультурой?	да	нет
55	Есть ли у Вас пищевые ограничения (вегетарианство/веганство, другие)?	да	нет
Отмечали ли Вы:			
56	Учащенное или болезненное мочеиспускание?	да	нет
57	Высыпания или выделения из половых путей (бели), вызывающие дискомфорт (жжение, зуд, неприятный запах)?	да	нет
58	Уплотнение и/или деформация молочных желез, выделения из сосков?	да	нет
59	Избыточный рост волос на теле или лице?	да	нет
60	Угревые высыпания на коже лица или других частей тела?	да	нет
61	Полосы растяжения (стрии, растяжки) на коже?	да	нет

Дата _____

Подпись _____