

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

## Анкета о вашем здоровье

Сообщенные Вами сведения позволят врачу подобрать эффективную анестезию, лекарства и методы лечения, правильно составить план лечения. По каждому пункту анкеты необходимо ответить ДА или НЕТ. Ваши данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

|                                                                                                                |    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| Заболевания сердца                                                                                             | Да | Нет |
| Инфаркт миокарда                                                                                               | Да | Нет |
| Наличие кардиостимулятора                                                                                      | Да | Нет |
| Заболевания сосудов                                                                                            | Да | Нет |
| Инсульт                                                                                                        | Да | Нет |
| Повышение или понижение артериального давления                                                                 | Да | Нет |
| Заболевание легких                                                                                             | Да | Нет |
| Бронхиальная астма                                                                                             | Да | Нет |
| Заболевания желудочно-кишечного тракта                                                                         | Да | Нет |
| Заболевание печени                                                                                             | Да | Нет |
| Заболевания почек                                                                                              | Да | Нет |
| Заболевания щитовидной, паращитовидной и других желез                                                          | Да | Нет |
| Сахарный диабет                                                                                                | Да | Нет |
| Травмы                                                                                                         | Да | Нет |
| Сотрясение головного мозга                                                                                     | Да | Нет |
| Заболевания уха, горла, носа                                                                                   | Да | Нет |
| Заболевания костной системы, суставов                                                                          | Да | Нет |
| Заболевания кожи                                                                                               | Да | Нет |
| Нейродермит                                                                                                    | Да | Нет |
| Инфекционные заболевания (Вич, Гепатит, Туберкулез и др.)                                                      | Да | Нет |
| Головные боли (в том числе беспричинные)                                                                       | Да | Нет |
| Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или других лекарственных препаратов | Да | Нет |
| Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет                                               | Да | Нет |
| Были ли операции                                                                                               | Да | Нет |
| Другие заболевания                                                                                             | Да | Нет |
| <b>АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ</b>                                                                                   |    |     |
| На местные анестетики                                                                                          | Да | Нет |

|                                                                                   |    |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| На антибиотики                                                                    | Да | Нет |
| На сульфаниламиды                                                                 | Да | Нет |
| На препараты йода                                                                 | Да | Нет |
| На гормональные препараты                                                         | Да | Нет |
| На другие лекарственные препараты (если да, укажите какие)                        | Да | Нет |
| На пыльцу, растения                                                               | Да | Нет |
| На пищевые продукты                                                               | Да | Нет |
| На шерсть животных                                                                | Да | Нет |
| На другие вещества                                                                | Да | Нет |
| <b>ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НАСТОЯЩЕМ ВРЕМЕНИ ИЛИ В ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ</b> |    |     |
| Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты (если да, то какие)   | Да | Нет |
| Лечусь (проводилось лечение)                                                      | Да | Нет |
| <b>ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ</b>                                                    |    |     |
| Являюсь донором                                                                   | Да | Нет |
| <b>ДЛЯ ПАЦИЕНТОК</b>                                                              |    |     |
| Вы беременны                                                                      | Да | Нет |
| Являетесь кормящей матерью                                                        | Да | Нет |
| Имеются нарушения менструального цикла                                            | Да | Нет |
| Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты                 | Да | Нет |
| Последнее посещение врача-гинеколога в (мес. Год )                                | Да | Нет |

Я подтверждаю, что сообщил достоверную информацию о всех известных мне на данный момент проблемах со здоровьем и обязуюсь сообщить своему лечащему врачу о вновь выявленных проблемах, если таковые будут.

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_