Анамнестическая анкета оценки риска нарушений репродуктивного здоровья для женщин 18 - 49 лет

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 просим Вас вписать дату ее заполнения, поставить 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 (вопросы 1-12):		
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	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 (●●●●● 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 в дни менструации)?	да нет
9	Бывают у Вас боли внизу живота или пояснице вне менструации?	да нет
10	Бывают у Вас межменструальные кровяные выделения? если «да», сколько дней (укажите цифрой количество)	да нет
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 «-»		
Вопросы, связанные с половой жизнью (вопросы 13-27):			
13	В каком возрасте Вы начали половую жизнь (полных лет)?		
14	Используете ли презерватив при половых контактах?	да	нет
15	Используете ли гормональную контрацепцию (например, противозачаточные таблетки)?	да	нет
16	Предохраняетесь ли Вы с помощью внутриматочной спирали?	да	нет
17	Бывают ли у Вас боли при половых контактах?	да	нет
18	Бывают ли 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)?		
20	Были ли у Вас беременности? если «да», сколько (укажите цифрой количество)?	да	нет
21	Были ли у Вас роды? если «да», сколько (укажите цифрой количество)?	да	нет
22	Если у Вас были роды, закончились ли они кесаревым сечением? Если у Вас не было родов не отвечайте на этот вопрос	да	нет
23	Если у Вас были роды, закончились ли они преждевременными родами? Если у Вас не было родов не отвечайте на этот вопрос	да	нет
24	Были ли у Вас медицинские прерывания беременности (аборты)? если «да», сколько (укажите цифрой количество)?	да	нет
25	Были ли у Вас внематочные беременности? если «да», сколько (укажите цифрой количество)?	да	нет
26	Были ли у Вас самопроизвольные прерывания беременности (выкидыши)? если «да», сколько (укажите цифрой количество)?	да	нет
27	Были ли у Вас неразвивающиеся (замершие) беременности? если «да», сколько (укажите цифрой количество)?	да	нет
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, туберкулез)	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, недержание позыва на мочеиспускание?		
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, озноб?	да	нет
58	сухость во влагалище, зуд или диспареунию (болезненность при половом контакте)?	да	нет
59	Сколько у Вас детей?		
60	Если у Вас есть дети, укажите возраст младшего ребенка. Если ребенку меньше 1 года, то укажите 0		лет
61	Сколько детей Вы бы хотели иметь (с учетом имеющихся), учитывая Ваши текущие жизненные обстоятельства		
Факторы риска (вопросы 62-67):			
62	Имеются/имелись ли у близких родственников (родители, дедушка, бабушка) наследственные заболевания (онкологические, гинекологические, эндокринные или другие)?	да	нет
63	Курите ли Вы?	да	нет
64	Употребляете ли Вы алкогольные напитки (в том числе пиво, коктейли)?	да	нет
65	Другие вредные привычки?	да	нет
66	Занимаетесь ли Вы спортом или физкультурой?	да	нет
67	Есть ли у Вас пищевые ограничения (вегетарианство/веганство, другие)?	да	нет

Дата _____

Подпись _____