



Sangla 63, Tartu  
tel 7409930  
L02981

**Фамилия и Имя** \_\_\_\_\_ **Дата рождения** \_\_\_\_\_

**Адрес** \_\_\_\_\_ **тел** \_\_\_\_\_

Где работаете, кем \_\_\_\_\_ тел \_\_\_\_\_

Рост \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_ Вы курите? Да/Нет Сколько сигарет в день? \_\_\_\_\_

Замужем/Не замужем/В свободном браке/Фамилия и имя мужа \_\_\_\_\_

Муж здоров?: да / нет Спермограмма у мужа в норме: да / нет

Когда начались менструации: (Ваш возраст) \_\_\_\_\_

Менструации регулярные? да / нет Длительность менструации в днях: \_\_\_\_\_

Длительность менструального цикла: \_\_\_\_\_ Есть ли боли во время менструации? \_\_\_\_\_

Кровотечение во время менструации: среднее / большое / маленькое /

Есть ли боли во время сношения? : да / редко / нет

Были ли у Вас беременности да/нет

Сколько родов? \_\_\_\_\_ В каком году \_\_\_\_\_

Роды были нормальные? Да/ нет Что было ненормальным? \_\_\_\_\_

Были у детей нарушения развития? Нет/да Какие? \_\_\_\_\_

Были у Вас аборт? Да/нет Сколько? \_\_\_\_\_ Когда? \_\_\_\_\_

Было ли самопроизвольное прерывание беременности? Да/нет Сколько? \_\_\_\_\_ Когда? \_\_\_\_\_

- Внематочные беременности? Да/нет Сколько? \_\_\_\_\_ Когда? \_\_\_\_\_
- Гонорея? Да/нет Когда? \_\_\_\_\_
- Трихомоноз; хламидиоз? Да/нет Когда? \_\_\_\_\_
- Гинекологические воспаления? Да/нет Когда? \_\_\_\_\_ Какие? \_\_\_\_\_
- Воспаления шейки матки? Да/нет Когда? \_\_\_\_\_
- Прижигания шейки матки? Да/нет Когда? \_\_\_\_\_
- Гинекологические операции? Да/нет Когда? \_\_\_\_\_ Какие? \_\_\_\_\_
- Эндометриоз? Да/нет Когда? \_\_\_\_\_
- Аномалии развития матки? Да/нет Какие? \_\_\_\_\_
- Другие операции? Да/нет Когда? \_\_\_\_\_ Какие? \_\_\_\_\_
- Аллергия в отношении лекарств? Да/нет Каких? \_\_\_\_\_
- Туберкулез? Есть/нет Диабет? Есть/нет
- Болели ли желтухой? Да/нет

Употребляете ли какие либо лекарства регулярно? Да/нет Какие? \_\_\_\_\_

Применяли ли гормональные противозачаточные средства? Да/нет Какие? \_\_\_\_\_

Когда? \_\_\_\_\_ Как долго? \_\_\_\_\_

Была ли у Вас внутриматочная спираль? Да/нет Когда? \_\_\_\_\_ Как долго? \_\_\_\_\_

Делали ли Вам рентген маточных труб? Да/нет Когда? \_\_\_\_\_ Результат? \_\_\_\_\_

- Лапароскопию? Да/нет Когда? \_\_\_\_\_ Результат? \_\_\_\_\_
- Гормональные исследования? Да/нет Когда? \_\_\_\_\_
- Гормональное лечение? Да/нет Когда? \_\_\_\_\_
- Стимуляцию яичников? Да/нет Когда? \_\_\_\_\_

Ваш вес в последнее время? Стабилен/увеличивается/уменьшается

Рост волос в последнее время? Стабилен/увеличивается

Есть ли у ас сестры? Да/нет Сколько? \_\_\_\_\_ Братья? Да/нет Сколько? \_\_\_\_\_

Возраст Ваших родителей когда Вы родились? Отец: \_\_\_\_\_ Мама: \_\_\_\_\_