***АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ***

*Уважаемый пациент!*

*Врачу ООО «МиГ» необходима информация о состоянии Вашего здоровья, так как процесс лечения и его ближайшие и отдаленные результаты могут быть связаны с заболеваниями различных органов и систем, приемом лекарств, физиологическими особенностями организма.*

*Внимательно заполните предлагаемую анкету. Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использованы только в целях лечения и профилактики и не будут доступны посторонним лицам. Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью!*

*Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |  |
| --- | --- |
| **ВОПРОС** | **ДА / НЕТ** |
| ***1. Имеются ли в настоящее время или были заболевания/состояния:*** |  |
| *Сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, стенокардия,**порок сердца, сердечная недостаточность, аритмия, инсульт, наличие кардиостимулятора, наличие других сердечно-сосудистых заболеваний)?* |  |
| *Сосудистые заболевания(варикоз, атеросклероз, аневризма, наличие других заболеваний сосудов?)* |  |
| *Заболевания органов дыхания (бронхиальная астма, хронический**бронхит, туберкулез и другие)?* |  |
| *Заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка/12-перстной кишки и другие)?* |  |
| *Заболевания печени и желчного пузыря (инфекционный гепатит и**другие)?* |  |
| *Заболевания нервной системы (эпилепсия, параличи, судороги, потери сознания и другие)?* |  |
| *Эндокринные заболевания (сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз и другие)?* |  |
| *Заболевания крови (повышенная/пониженная свертываемость крови и другие)?* |  |
| *Заболевания ЛОР органов?* |  |
| *Заболевания костной системы, суставов (остеопороз, артриты и другие)?* |  |
| *Ревматизм?* |  |
| *Перхоть (себорейный дерматит)?* |  |
| *Заболевания почек?* |  |
| *Заболевания кожи(нейродермит и другие?)?* |  |
| *Онкологические заболевания?* |  |
| *Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет?* |  |
| *ВИЧ-инфекция, СПИД?* |  |
| *Наличие венерических заболеваний?* |  |
| *Наличие инфекционных заболеваний (гепатит, туберкулёз)?* |  |
| *Другие заболевания (указать какие)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| *Были у Вас травмы головы или шеи, сотрясение головного мозга?* |  |
| *Были ли оперативные вмешательства? Когда?* |  |
| *Проводилось ли переливание крови?* |  |
| *Последнее общемедицинское обследование проводилось**месяц \_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| *Проводились ли инъекции (внутримышечные, подкожные) за последние 6 месяцев?* |  |
| *Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или других лекарственных препаратов?* |  |
| *Язык обложен белым налетом?* |  |
| *Грибковые инфекции кожи и/или ногтей?* |  |
| *Неприятный запах изо рта?* |  |
| *Неприятный запах от тела, стоп, волос, возникающий через короткое время после принятия душа?* |  |
| *Наблюдается ли у Вас склонность к кровотечениям, в т.ч. при инъекциях?* |  |
| *Частая заложенность носа?* |  |
| *Экзема, атопический дерматит кожи?* |  |
| *Снижение памяти или концентрации, Вы иногда чувствуете себя «потерянным»?* |  |
| *Вы испытывали чувство общего недомогания, причины которого не смогли определить Вы или Ваш лечащий врач?* |  |
| ***2. Аллергологический анамнез:*** |  |
| *Имеется ли у Вас аллергическая реакция на (подчеркнуть):* *местные анестетики,* *антибиотики,* *сульфаниламиды,* *препараты йода, гормональные препараты, другие лекарственные препараты (если да, укажите какие)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| *Имеется ли у Вас аллергическая реакция на (подчеркнуть):* *пыльцу, растения,* *пищевые продукты,* *шерсть животных*, *другие вещества\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?* |  |
| *Были ли у Вас аллергические реакции в виде головокружения или потери сознания, удушья, крапивницы, Отека Квинке, зуда и покраснения кожи? Если «Да» и знаете аллерген, то укажите его:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| *Находитесь ли Вы на учете/под наблюдением какого-либо врача? Если «Да», то укажите причины:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| *Принимаете ли Вы какие-либо медикаменты в настоящее время? Если «Да», то укажите название препарата и причину:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| *Состоите ли Вы на учете в лечебном учреждении?* |  |
| *Принимаете ли Вы препараты группы бисфосфонатов (например, Золендронат,Клодронат и др.)?* |  |
| *Были ли у вас ранее аллергические реакции на медицинские изделия (препараты гиалуроновой кислоты), препараты анестезии, ботулотоксины? Если «Да», то укажите название препарата:* |  |
| *Духи, инсектициды, запах тканей или химических веществ вызывает тошноту, головокружение, слабость?* |  |
| *Очень неприятен табачный дым?* |  |
| *Испытываете общее недомогание во влажные, душные дни или в пыльных, плесневых местах?* |  |
| ***3. Анамнез жизни:*** |  |
| *Наличие хронических интоксикаций (курение, прием алкоголя,**наркотических веществ)?* |  |
| *Наличие профессиональных вредностей (радиационное излучение,**выс. давление, хим. производство и другое)* |  |
| *При прохождении ранее косметологического лечения имелись какие-либо осложнения во время, или после лечения? Если «Да», то какие? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| *Знаете ли Вы уровень Вашего артериального давления? Если «Да», укажите цифры:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имеется ли повышение или понижение давления?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| *Имеет ли место появление герпеса («простуды») у вас на губах? Если «Да», то с какой периодичностью?* |  |
| *Принимали ли Вы стероидные препараты (преднизолон, дексаметазон) за последние 3 года (внутрь, инъекции, ингаляции)?* |  |
| *Являетесь ли Вы донором?* |  |
| *Тяга к сладкому?* |  |
| *Частая усталость, апатия?* |  |
| *Частая раздражительность?* |  |
| *Неконтролируемая сонливость?* |  |
| *Скованность в мышцах и суставах в утренние часы?* |  |
| *Вздутие живота, метеоризм?* |  |
| *Склонность к запорам?Диарее?* |  |
| *Цистит за последний год?* |  |
| *Ректальный зуд?* |  |
| *Были ли ранее кольчатые черви?* |  |
| *Гипотериоз?* |  |
| *Сильное выпадение волос, ломкость ногтей и рост волос там, где ранее их не имелось?*  |  |
| *По типу нервной системы Вы себя относите к: спокойный, очень эмоциональный, раздражительный, тревожно-мнительный(нужное подчеркнуть)* |  |
| *Тип питания: сладкоежка, мясоед, овощеед (нужное подчеркнуть)* |  |
| ***4. Для женщин:***  |  |
| *Беременны ли Вы? Если «Да» указать срок:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| *Являетесь ли Вы кормящей матерью?* |  |
| *В последние 6 месяцев были роды?* |  |
| *Имеется ли нарушение менструального цикла?* |  |
| *Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты? Если «Да», то какие?* |  |
| *Последнее посещение врача-гинеколога?* |  |
| *В последние 6-8 месяцев проводится лекарственная подготовка к беременности?* |  |
| *Кольпит (вагинит) и другие проблемы с наружными половыми органами?* |  |

*Я хочу дополнительно сообщить о состоянии здоровья следующее: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Я подтверждаю, что на все вопросы ответил(а) достоверно. Я понимаю, что сведения о состоянии здоровья необходимо обновлять 1 раз в 6 месяцев. Я знаю, что в случае использования лекарственных препаратов накануне приема врача, я должен(а) сообщить об этом врачу. Мне известно, что результаты лечения (оказания медицинских услуг) зависят от состояния моего здоровья.*

*Дата « \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_г. Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*