



ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»
Приемное акушерское отделение
г. Москва Юго-Западный административный округ,
ул. Новаторов дом №3
тел.: +7 (495) 936-14-27



АНКЕТА
Паспортная часть

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____ Возраст _____

Группа крови O(I) A(II) B(III) AB(IV) Резус (+) положит. (-) отрицат.

Постоянное место жительства (прописка): _____

Адрес фактического места проживания (если не совпадает с пропиской) _____

Телефон: _____

Семейное положение: брак зарегистрирован, не зарегистрирован, одинокая
(подчеркнуть)

Ф.И.О. и телефон мужа _____

Постоянное место жительства мужа (прописка) _____

Адрес фактического места проживания мужа (если не совпадает с пропиской) _____

Место работы, профессия, должность _____

Образование _____

Наименование консультации (центра) _____

С какого срока на учете _____

Первый день последней менструации _____

Дата первого шевеления плода _____

Пациентка _____ / _____ /

(подпись)

(расшифровка подписи)

Анамнестическая часть

Заболевания у ближайших родственников	У кого	Инфекции в прошлом у Вас	
Инсульт	Да / Нет	Хламидиоз	Да / Нет
Инфаркт	Да / Нет	Трихомониаз	Да / Нет
Артериальная гипертензия	Да / Нет	Гонорея	Да / Нет
Пороки развития	Да / Нет	Сифилис	Да / Нет
Сахарный диабет	Да / Нет	ВИЧ	Да / Нет
Онкологические заболевания	Да / Нет	Гепатиты В, С, А	Да / Нет
		Туберкулез	Да / Нет

Аллергические реакции на лекарства (на что и как проявляются) _____

Вредные привычки (подчеркните) Отсутствуют Курение Алкоголь Наркотики Психотропные вещества

Группа крови O(I) A(II) B(III) AB(IV) **Резус-фактор** (+) положит. (-) отрицат.

Детские инфекции (подчеркните нужное): ветряная оспа, краснуха, эпид. паротит, скарлатина, корь

Хронические заболевания: _____

Психические, неврологические заболевания: _____

Гинекологические заболевания: _____

Операции: _____

Травмы: черепно-мозговые, позвоночника: _____

Переливания крови в прошлом: Да / Нет. Если да, то когда и по какому поводу _____

Половая жизнь с _____ лет. Брак 1, 2, 3 _____ Здоровье мужа - здоров, _____ лет.

Вредные привычки _____

Менструации с _____ лет. Особенности: регулярные Да / Нет, цикл - _____ дней,

умеренные, безболезненные _____

Первый день последней менструации _____ **Беременность по счету** - _____

Перечислите беременности по порядку: год, исход беременности (роды, аборт, выкидыш, внематочная), были ли осложнения; если роды, то своевременные или преждевременные, кто и с каким весом родился, здоров ли ребенок в настоящий момент.

Данная беременность наступила Самостоятельно / Путем ЭКО / Стимуляция овуляции

Течение данной беременности

Госпитализации во время данной беременности: _____

Простудные заболевания во время данной беременности: _____

Обострение хронических заболеваний во время данной беременности: _____

Лекарственные препараты, принимаемые во время данной беременности: _____

Повышение артериального давления во время / вне беременности _____

В настоящее время принимаю препараты _____

Пребывание во время беременности в тропических странах и Юго-Восточной Азии Да / Нет. Если да, то в какой

Рост _____ **Вес до беременности** _____ кг. **Сегодня** _____ кг. **Общая прибавка веса** _____ кг.

Пациентка _____ / _____ /

(подпись)

(расшифровка подписи)