|  |
| --- |
| **Паспортная часть** |
| Ф.И.О. |
| Дата рождения (число/месяц/год) |
| Возраст (полных лет) |
| **№** | **Вопрос** | **Ответ** |
| 1. | В каком возрасте у Вас начались менструации? Если не начались, поставьте « --» | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет |
| 2. | Сколько дней в среднем продолжается менструация? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дней |
| 3. | У Вас обильные менструации (использование максимально впитывающих прокладок /тампонов) более 1 дня ? | Да | Нет |
| 4. | Менструация проходит болезненно (используете ли Вы обезболивающие препараты в дни менструации)? | Да | Нет |
| 5. | Бывают ли у Вас боли внизу живота или пояснице вне менструации? | Да | Нет |
| 6. | Бывают ли у Вас межменструальные кровяные выделения? | Да | Нет |
| 7. | Если у Вас закончились менструации, то в каком возрасте (полных лет)? Если не закончились, поставьте «---» | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет |
| 8. | Предохраняетесь ли Вы от беременности (гормональная контрацепция, презерватив ,внутриматочная спираль)? | Да | Нет |
| 9. | Бывают ли у Вас боли при половых контактах? | Да | Нет |
| 10. | Бывают ли у Вас кровяные выделения из половых путей при половых контактах? | Да | Нет |
| 11. | Страдаете ли Вы бесплодием (беременность не наступает при регулярной половой жизни без предохранения более года) ? | Да | Нет |
| 12. | Были ли у Вас беременности? | Да | Нет |
| 13. | Были ли у Вас роды? | Да | Нет |
| 14. | Были ли у Вас медицинские прерывания беременности (аборты)? Если «Да» , сколько (укажите цифрой количество)? | Да\_\_\_\_\_\_\_ | Нет |
| 15. | Были ли у Вас самопроизвольные прерывания беременности (выкидыши)? Если «Да» , сколько (укажите цифрой количество) | Да\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Нет |
| 16. | Были ли у Вас неразвивающиеся(замершие) беременности? Если «Да» , сколько (укажите цифрой количество) | Да\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Нет |
| **Имеются ли у Вас гинекологические заболевания** |
| 17. | Заболевания шейки матки? | Да | Нет |
| 18. | Воспаления матки, придатков? | Да | Нет |
| 19. | Инфекции,передающиеся половым путём? (ИППП) | Да | Нет |
| 20. | Кисты или опухоли яичников? | Да | Нет |
| 21. | Миома матки? | Да | Нет |
| 22. | Эндометриоз? | Да | Нет |
| 23. | Оперировались ли Вы по поводу гинекологических заболеваний? | Да | Нет |

**Анамнестическая анкета для женщин «Репродуктивное здоровье»**