Анамнестическая анкета для женщин 18 - 49 лет

При ответах на вопросы следует обвести "да" или "нет". В пустые поля необходимо вписать значение (паспортная часть, вопросы 1, 3, 4, 10, 11, 12, 20 - 27, 61 - 63). В конце анкеты поставьте подпись. Если Вы затрудняетесь с ответом, вопрос можно оставить без ответа.

Паспортная часть			
Ф.И.О.			
Дата рождения (число, месяц, год)			
Возраст (полных лет) _____			
Дата заполнения анкеты (число, месяц, год)			
N	**Вопрос**	**Ответ**	
Менструальная функция (вопросы 1 - 12):			
1	В каком возрасте у Вас начались менструации (полных лет)? Если не начались, поставьте "-".	_____ лет	
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?	да	нет
	если "да", сколько дней (укажите цифрой количество)	_____	
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 "-".	____ лет	
Вопросы, связанные с половой жизнью (вопросы 13 - 27):			
13	В каком возрасте Вы начали половую жизнь (полных лет)?	_____	

14	Используете ли Вы презерватив при половых контактах?	да	нет
15	Используете ли Вы гормональную контрацепцию (например, противозачаточные таблетки)?	да	нет
16	Предохраняетесь ли Вы с помощью внутриматочной спирали?	да	нет
17	Бывают у Вас боли при половых контактах?	да	нет
18	Бывают 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)?	да	нет
20	Были ли у Вас беременности?	да	нет
	если "да", сколько (укажите цифрой количество)?	_____	
21	Были ли у Вас роды?	да	нет
	если "да", сколько (укажите цифрой количество)?	_____	
22	Если у Вас были роды, закончились ли они кесаревым сечением?	да	нет
	если у вас не было родов, не отвечайте на этот вопрос	_____	
23	Если у Вас были роды, закончились ли они преждевременными родами?	да	нет
	если у вас не было родов, не отвечайте на этот вопрос	_____	
24	Были ли у Вас медицинские прерывания беременности (аборты)?	да	нет
	если "да", сколько (укажите цифрой количество)?	_____	
25	Были ли у Вас внематочные беременности?	да	нет
	если "да", сколько (укажите цифрой количество)?	_____	
26	Были ли у Вас самопроизвольные прерывания беременности (выкидыши)?	да	нет
	если "да", сколько (укажите цифрой количество)?	_____	
27	Были ли у Вас неразвивающиеся (замершие) беременности?	да	нет
	если "да", сколько (укажите цифрой количество)?	_____	
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 желез	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, неудержание позыва на мочеиспускание?	да	нет
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, ознобы?	да	нет
58	сухость во влагалище, зуд или диспареунию (болезненность при половом акте)?	да	нет
Репродуктивные установки (вопросы 59 - 61):			
59	Сколько у Вас детей?	_____	
60	Если у Вас есть дети, укажите возраст младшего ребенка. Если ребенку менее 1 года, то укажите 0.	_____ лет	
61	Сколько детей Вы бы хотели иметь (с учетом имеющихся), учитывая Ваши текущие жизненные обстоятельства?	_____	