

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) | | |
| № | Вопрос | Ответ |
| Менструальная функция (вопросы 1-13): | | |
| 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 (4 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 |
| 11 | если «да», сколько дней (укажите цифрой количество) | _____ |
| 12 | Какой у Вас сегодня день менструального цикла (при наличии)? | _____ |
| 13 | Если у Вас закончились менструации, то в каком возрасте (полных лет)? Если не закончились, поставьте «-». | _____ лет |
| Вопросы, связанные с половой жизнью (вопросы 14-28): | | |
| 14 | В каком возрасте Вы начали половую жизнь (полных лет)? | _____ |
| 15 | Используете ли Вы презерватив при половых контактах? | да нет |
| 16 | Используете ли Вы гормональную контрацепцию (например, противозачаточные таблетки)? | да нет |
| 17 | Предохраняетесь ли Вы с помощью внутриматочной спирали? | да нет |
| 18 | Бывают у Вас боли при половых контактах? | да нет |
| 19 | Бывают у Вас кровяные выделения из половых путей при половой жизни? | да нет |
| 20 | Страдаете ли Вы бесплодием (беременность не наступает при регулярной половой жизни без предохранения более года)? | да нет |
| 21 | Были ли у Вас беременности? | да нет |
| | если «да», сколько (укажите цифрой количество)? | _____ |
| 22 | Были ли у Вас роды? | да нет |
| | если «да», сколько (укажите цифрой количество)? | _____ |
| 23 | Если у Вас были роды, закончились ли они кесаревым сечением? | да нет |
| | если у вас не было родов, не отвечайте на этот вопрос | _____ |

| | | | |
|--|--|----|-----|
| 24 | Если у Вас были роды, закончились ли они преждевременными родами? если у вас не было родов, не отвечайте на этот вопрос | да | нет |
| 25 | Были ли у Вас медицинские прерывания беременности (аборты)? если «да», сколько (укажите цифрой количество)? | да | нет |
| 26 | Были ли у Вас внематочные беременности? если «да», сколько (укажите цифрой количество)? | да | нет |
| 27 | Были ли у Вас самопроизвольные прерывания беременности (выкидыши)? если «да», сколько (укажите цифрой количество)? | да | нет |
| 28 | Были ли у Вас неразвивающиеся (замершие) беременности? если «да», сколько (укажите цифрой количество)? | да | нет |
| Имеются ли у Вас гинекологические заболевания (вопросы 29-36): | | | |
| 29 | заболевания шейки матки | да | нет |
| 30 | воспаление матки, придатков | да | нет |
| 31 | инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) | да | нет |
| 32 | кисты или опухоли яичников | да | нет |
| 33 | миома матки | да | нет |
| 34 | эндометриоз | да | нет |
| 35 | Проходили ли Вы когда-либо стационарное лечение по поводу гинекологических заболеваний? | да | нет |
| 36 | Оперировались ли Вы по поводу гинекологических заболеваний? | да | нет |
| Имеются ли у Вас перенесенные заболевания других органов (вопросы 37-48): | | | |
| 37 | заболевания молочных желёз | да | нет |
| 38 | заболевания щитовидной железы | да | нет |
| 39 | заболевания крови, снижение гемоглобина | да | нет |
| 40 | аутоиммунные или ревматические заболевания | да | нет |
| 41 | аллергические заболевания | да | нет |
| 42 | инфекционные заболевания (вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция, туберкулёз) | да | нет |
| 43 | наследственные (генные, хромосомные) заболевания | да | нет |
| 44 | онкологические заболевания | да | нет |
| 45 | Имеются ли у Вас указанные выше заболевания в настоящее время? | да | нет |
| 46 | Получали ли Вы ранее химио- или лучевую терапию по поводу онкологического заболевания? | да | нет |
| 47 | Были ли у Вас операции (кроме гинекологических)? | да | нет |
| 48 | Были ли у Вас переливания крови? | да | нет |
| Вакцинация (вопросы 49-52): | | | |
| 49 | Вакцинированы ли Вы от краснухи? | да | нет |
| 50 | Вакцинированы ли Вы от ВПЧ? | да | нет |
| 51 | Вакцинированы ли Вы в текущем году от гриппа? | да | нет |
| 52 | Вакцинированы ли Вы в текущем году от COVID-19? | да | нет |
| Жалобы (вопросы 53-59). Жалуетесь ли Вы на: | | | |
| 53 | учащенное или болезненное мочеиспускание? | да | нет |
| 54 | подтекание мочи при кашле, чихании, смехе, недержание позыва на мочеиспускание? | да | нет |
| 55 | высыпания или выделения из половых путей (бели), вызывающие дискомфорт (жжение, зуд, неприятный запах)? | да | нет |
| 56 | уплотнение и/или деформация молочных желез, выделения из сосков? | да | нет |

| | | | |
|--|---|----------|-----|
| 57 | 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 |
| 58 | приливы жара, потливость, ознобы? | да | нет |
| 59 | сухость во влагалище, зуд или диспареунию (болезненность при половом акте)? | да | нет |
| Репродуктивные установки (вопросы 60-62): | | | |
| 60 | Сколько у Вас детей? | _____ | |
| 61 | Если у Вас есть дети, укажите возраст младшего ребенка. Если ребенку менее 1 года, то укажите 0. | _____лет | |
| 62 | Сколько детей Вы бы хотели иметь (с учетом имеющихся), учитывая Ваши текущие жизненные обстоятельства? | _____ | |