

# Медицинские данные первичного пациента

Ф.И.О: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_ Рост: \_\_\_\_\_ см Вес: \_\_\_\_\_ кг

Основная жалоба (Что вас беспокоит больше всего в настоящий момент): \_\_\_\_\_

**Медицинские данные:** Были ли у вас когда-либо следующие состояния/диагнозы? (отметьте)

<input type="checkbox"/> Анемия (низкий гемоглобин)	<input type="checkbox"/> Болезнь Крона/ Язвенный колит	<input type="checkbox"/> ВИЧ/СПИД
<input type="checkbox"/> Артрит	<input type="checkbox"/> Депрессия	<input type="checkbox"/> Артериальная гипертензия
<input type="checkbox"/> Астма	<input type="checkbox"/> Диабет	<input type="checkbox"/> Болезни почек
<input type="checkbox"/> Злокачественные опухоли	<input type="checkbox"/> Эмфизема	<input type="checkbox"/> Инфаркт миокарда
<input type="checkbox"/> Хроническая обструктивная болезнь легких	<input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы	<input type="checkbox"/> Язвенная болезнь
<input type="checkbox"/> Нарушения свертываемости	<input type="checkbox"/> Рефлюкс эзофагит	<input type="checkbox"/> Судороги
<input type="checkbox"/> Сердечная недостаточность	<input type="checkbox"/> Глаукома	<input type="checkbox"/> Инсульт
	<input type="checkbox"/> Гепатит	<input type="checkbox"/> Переломы костей скелета

**История оперативных вмешательств:** Были ли у вас какие-либо из перечисленных операций (отметьте)

<input type="checkbox"/> Операция на надпочечниках	<input type="checkbox"/> Операция на кишечнике	<input type="checkbox"/> Операция на почках
<input type="checkbox"/> Аппендэктомия	<input type="checkbox"/> Операция на сердце/сосудах	<input type="checkbox"/> Операция на шее
<input type="checkbox"/> Операция на мочевом пузыре	<input type="checkbox"/> Операция на пищеводе/желудке	<input type="checkbox"/> Операция на простате
<input type="checkbox"/> Операция на молочной железе	<input type="checkbox"/> Операция на легких	<input type="checkbox"/> Операция на позвоночнике
<input type="checkbox"/> Кесарево сечение	<input type="checkbox"/> Операция в связи с геморроем	<input type="checkbox"/> Операция на щитовидной железе
<input type="checkbox"/> Операция на желчном пузыре	<input type="checkbox"/> Операция в связи с грыжей	
	<input type="checkbox"/> Операция на матке/яичниках	

Если да, то какие операции и когда они были проведены: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Принимаемые лекарства:**

(название, доза, с какого года вы принимаете) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Перенесли ли вы коронавирусную инфекцию (COVID-19).** Если да, то укажите даты болезни:

\_\_\_\_\_

**Делали ли вы прививку от COVID-19 (если да, то необходимо указать дату вакцинации)**

\_\_\_\_\_

**Аллергии:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Семейный анамнез:** Были ли у кого-нибудь из ваших близких родственников онкологические заболевания?

\_\_\_\_\_

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

**Социальный анамнез:**

Употребление алкоголя -  Никогда  Иногда  Каждый день  
Курение сигарет/табака -  Никогда  Бросил/а в \_\_\_\_\_ году  Пачек в день \_\_\_\_\_ в течение \_\_\_\_\_ лет  
Наркотические средства -  Никогда  Иногда  Каждый день

Вы работаете? \_\_\_\_\_ Нужен ли вам больничный лист? \_\_\_\_\_

Семейное положение:  Не замужем/не женат  Замужем/женат  Разведен/а  Вдовец/вдова

Имя супруги/супруга \_\_\_\_\_

Дети: Количество детей \_\_\_\_\_ Количество внуков \_\_\_\_\_

Для женщин: Количество беременностей \_\_\_\_\_, Количество родов \_\_\_\_\_ - Естественные \_\_\_\_\_,

Кесарево \_\_\_\_\_, Выкидыши \_\_\_\_\_ Аборты \_\_\_\_\_,

Менструация с \_\_\_\_\_ лет, Длительность менструации \_\_\_\_\_, каждые \_\_\_\_\_ дней

Менопауза с \_\_\_\_\_ года

**Жалобы:** Беспокоило ли вас (было ли у вас) в последнее время что-то из перечисленного? (отметьте)

<p><b>Общее:</b> <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного</p> <p><input type="checkbox"/> Потеря веса – Сколько вы потеряли _____ кг</p> <p><input type="checkbox"/> Потеря аппетита</p> <p><input type="checkbox"/> Подъем температуры</p> <p><input type="checkbox"/> Озноб</p> <p><input type="checkbox"/> Потливость</p> <p><input type="checkbox"/> Потеря сознания</p> <p><b>Глаза:</b> <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного</p> <p><input type="checkbox"/> Болезни или травмы глаз</p> <p><input type="checkbox"/> Потеря зрения (стали носить очки или линзы)</p> <p><input type="checkbox"/> Двоение в глазах</p> <p><b>Ухо, горло, нос, рот:</b> <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного</p> <p><input type="checkbox"/> Потеря слуха</p> <p><input type="checkbox"/> Боли в ушах</p> <p><input type="checkbox"/> Звон в ушах</p> <p><input type="checkbox"/> Кровотечения из носа</p> <p><input type="checkbox"/> Кровоточащие десна</p> <p><input type="checkbox"/> Язвочки во рту</p> <p><input type="checkbox"/> Боли в горле</p> <p><input type="checkbox"/> Изменения в голосе</p> <p><input type="checkbox"/> Частые простуды</p> <p><input type="checkbox"/> Гаймориты</p> <p><input type="checkbox"/> Боль в шее</p> <p><input type="checkbox"/> Увеличенные лимфатические узлы на шее</p>	<p><b>Сердечно-сосудистая система:</b> <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного</p> <p><input type="checkbox"/> Боли в грудной клетке</p> <p><input type="checkbox"/> Чувство перебоев в работе сердца</p> <p><input type="checkbox"/> Проблемы с клапанами сердца</p> <p><input type="checkbox"/> Боли в икрожных мышцах при ходьбе</p> <p><input type="checkbox"/> Отек ноги</p> <p><b>Дыхательная система:</b> <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного</p> <p><input type="checkbox"/> Хронический кашель</p> <p><input type="checkbox"/> Кровохарканье</p> <p><input type="checkbox"/> Одышка при физической нагрузке</p> <p><input type="checkbox"/> Одышка в покое</p> <p><input type="checkbox"/> Свист при дыхании</p> <p><input type="checkbox"/> Астма</p> <p><input type="checkbox"/> Бронхит</p> <p><input type="checkbox"/> Пневмония/воспаление легких</p> <p><b>Мышечная/костная система:</b> <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного</p> <p><input type="checkbox"/> Боль в суставах</p> <p><input type="checkbox"/> Артрит</p> <p><input type="checkbox"/> Боль в спине</p> <p><input type="checkbox"/> Слабость в мышцах</p> <p><input type="checkbox"/> Боль в ногах при ходьбе</p> <p><input type="checkbox"/> Боль в ногах в покое</p> <p><input type="checkbox"/> Переломы _____</p>
--	---

<p><b>Желудочно-кишечный тракт:</b> <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Потеря аппетита</li> <li><input type="checkbox"/> Трудности при глотании</li> <li><input type="checkbox"/> Ранее насыщение (от малого количества еды)</li> <li><input type="checkbox"/> Изжога</li> <li><input type="checkbox"/> Тошнота</li> <li><input type="checkbox"/> Рвота</li> <li><input type="checkbox"/> Понос</li> <li><input type="checkbox"/> Запор</li> <li><input type="checkbox"/> Кровь в стуле</li> <li><input type="checkbox"/> Изменение цвета стула</li> <li><input type="checkbox"/> Боли в животе</li> <li><input type="checkbox"/> Боли при дефекации</li> <li><input type="checkbox"/> Неконтролируемая дефекация</li> </ul> <p><b>Мочевая система:</b> <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Жжение при мочеиспускании</li> <li><input type="checkbox"/> Ослабленная струя мочи</li> <li><input type="checkbox"/> Кровь в моче</li> <li><input type="checkbox"/> Газы или кал в моче</li> <li><input type="checkbox"/> Неконтролируемое мочеиспускание</li> <li><input type="checkbox"/> Камни в почках</li> <li><input type="checkbox"/> Проблемы с предстательной железой</li> <li><input type="checkbox"/> Увеличение мошонки в размерах</li> <li><input type="checkbox"/> Встает ночью помочиться - Сколько раз за ночь _____</li> </ul>	<p><b>Неврология:</b> <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Частые головные боли</li> <li><input type="checkbox"/> Мигрени</li> <li><input type="checkbox"/> Слабость</li> <li><input type="checkbox"/> Судороги</li> <li><input type="checkbox"/> Инсульт</li> <li><input type="checkbox"/> Паралич</li> <li><input type="checkbox"/> Снижение чувствительности части тела</li> <li><input type="checkbox"/> Проблемы с речью</li> <li><input type="checkbox"/> Головокружение</li> </ul> <p><b>Психиатрия:</b> <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Тревога</li> <li><input type="checkbox"/> Депрессия</li> <li><input type="checkbox"/> Частая смена настроения</li> <li><input type="checkbox"/> Страхи, фобии</li> <li><input type="checkbox"/> Панические атаки</li> </ul> <p><b>Эндокринология:</b> <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Плохая переносимость жары</li> <li><input type="checkbox"/> Чрезмерное чувство жажды</li> <li><input type="checkbox"/> Частые мочеиспускания</li> <li><input type="checkbox"/> Повышенная потливость</li> </ul>
<p><b>Гинекология (женщины):</b> <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Перебои в менструальном цикле</li> <li>- Дата последней менструации: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Выделения из влагалища</li> </ul> <p><b>Молочная железа:</b> <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Опухоль в молочной железе</li> <li><input type="checkbox"/> Боль в молочной железе</li> <li><input type="checkbox"/> Выделения из соска</li> </ul> <p><b>Кожа:</b> <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Сыпь</li> <li><input type="checkbox"/> Кожные инфекции</li> <li><input type="checkbox"/> Язвы на коже</li> <li><input type="checkbox"/> Пожелтение кожи</li> <li><input type="checkbox"/> Экзема, псориаз</li> </ul>	<p><b>Кровотворение:</b> <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Переливание крови</li> <li><input type="checkbox"/> Склонность к синяками/кровотечения</li> <li><input type="checkbox"/> Анемия (низкий уровень гемоглобина)</li> <li><input type="checkbox"/> Увеличение лимфатических узлов</li> <li><input type="checkbox"/> Тромбозы</li> <li><input type="checkbox"/> Использование антикоагулянтов</li> </ul> <p><b>Аллергии/иммунология:</b> <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ВИЧ инфекция</li> <li><input type="checkbox"/> Вирусные гепатиты</li> <li><input type="checkbox"/> Иммунодефицит</li> <li><input type="checkbox"/> Аллергия на лекарственные препараты</li> </ul>