Приложение N 1

# Анамнестическая анкета для женщин 18 - 49 лет

# для оценки риска нарушений репродуктивного здоровья

При ответах на вопросы следует обвести "да" или "нет". В пустые поля необходимо вписать значение ([паспортная часть](#anchor11010), [вопросы 1](#anchor1101), [3](#anchor1103), [4](#anchor1104), [10](#anchor1110), [11](#anchor1111), [12](#anchor1112), [20 - 27,](#anchor1120) [61 - 63](#anchor1161)). 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](#anchor1101)): | | | |
| 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](#anchor1113)): | | | |
| 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](#anchor1128)): | | | |
| 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](#anchor1136)): | | | |
| 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](#anchor1148)): | | | |
| 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](#anchor1152)). 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](#anchor1159)): | | | |
| 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? | \_\_\_\_\_ | |