**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 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 1-12):** | | | |
| 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 менструаций)? | да | нет |
| 8 | Менструации проходят болезненно (используете ли Вы обезболивающие препараты в дни менструации)? | да | нет |
| 9 | Бывают ли у Вас боли внизу живота или пояснице вне менструации? | да | нет |
| 10 | Бывают ли 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 Выгормональную контрацепцию (например, противозачаточные таблетки)? | да | нет |
| 16 | Предохраняетесь ли Вы с помощью внутриматочной спирали? | да | нет |
| 17 | Бывают ли у Вас боли при половых контактах? | да | нет |
| 18 | Бывают ли 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 не было родов, не отвечайте на этот вопрос |  | |
| 23 | Если у Вас были роды, закончились ли они преждевременными родами? | да | нет |
|  | если 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 | воспаления 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 лиВы по поводу гинекологических заболеваний? | да | нет |
| **Имеются ли у Вас перенесенные заболевания других органов и (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 желёз, 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, укажите 0. | лет | |
| 61 | Сколько детей Вы бы хотели иметь (с учетом имеющихся), учитывая Ваши текущие жизненные обстоятельства? |  | |

**Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**