

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)

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

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

☐ Операция на надпочечниках	☐ Операция на кишечнике	☐ Операция на почках
☐ Аппендэктомия	☐ Операция на сердце/сосудах	☐ Операция на шее
☐ Операция на мочевом пузыре	☐ Операция на пищеводе/желудке	☐ Операция на простате
☐ Операция на молочной железе	☐ Операция на легких	☐ Операция на позвоночнике
☐ Кесарево сечение	☐ Операция в связи с геморроем	☐ Операция на щитовидной железе
☐ Операция на желчном пузыре	☐ Операция в связи с грыжей	
	☐ 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)

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

Желудочно-кишечный тракт: ☐ Ничего из перечисленного ☐ Потеря аппетита ☐ Трудности при глотании ☐ Раннее насыщение (от малого количества еды) ☐ Изжога ☐ Тошнота ☐ Рвота ☐ Понос ☐ Запор ☐ Кровь в стуле ☐ Изменение цвета стула ☐ Боли в животе ☐ Боли при дефекации ☐ Неконтролируемая дефекация Мочевая система: ☐ Ничего из перечисленного ☐ Жжение при мочеиспускании ☐ Ослабленная струя мочи ☐ Кровь в моче ☐ Газы или кал в моче ☐ Неконтролируемое мочеиспускание ☐ Камни в почках ☐ Проблемы с предстательной железой ☐ Увеличение мошонки в размерах ☐ Встаете ночью помочиться - Сколько раз за ночь _____	Неврология: ☐ Ничего из перечисленного ☐ Частые головные боли ☐ Мигрени ☐ Слабость ☐ Судороги ☐ Инсульт ☐ Паралич ☐ Снижение чувствительности части тела ☐ Проблемы с речью ☐ Головокружение Психиатрия: ☐ Ничего из перечисленного ☐ Тревога ☐ Депрессия ☐ Частая смена настроения ☐ Страхи, фобии ☐ Панические атаки Эндокринология: ☐ Ничего из перечисленного ☐ Плохая переносимость жары ☐ Чрезмерное чувство жажды ☐ Частые мочеиспускания ☐ Повышенная потливость
Гинекология (женщины): ☐ Ничего из перечисленного ☐ Перебои в менструальном цикле - Дата последней менструации: _____ ☐ Выделения из влагалища Молочная железа: ☐ Ничего из перечисленного ☐ Опухоль в молочной железе ☐ Боль в молочной железе ☐ Выделения из соска Кожа: ☐ Ничего из перечисленного ☐ Сыпь ☐ Кожные инфекции ☐ Язвы на коже ☐ Пожелтение кожи ☐ Экзема, псориаз	Кроветворение: ☐ Ничего из перечисленного ☐ Переливание крови ☐ Склонность к синяками/кровотечения ☐ Анемия (низкий уровень гемоглобина) ☐ Увеличение лимфатических узлов ☐ Тромбозы ☐ Использование антикоагулянтов Аллергии/иммунология: ☐ Ничего из перечисленного ☐ ВИЧ инфекция ☐ Вирусные гепатиты ☐ Иммунодефицит ☐ Аллергия на лекарственные препараты