

Анкета по оценке репродуктивного здоровья женщин

Ф.И.О.			
Дата рождения (число, месяц, год)			
Возраст (полных лет)			
Дата заполнения анкеты (число, месяц, год)			
Менструальная функция:			
1	В каком возрасте у Вас начались менструации (полных лет)? Если не начались, поставьте «—».		
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 ли у Вас боли внизу живота или пояснице вне менструации?	да	нет
10	Бывают ли у Вас кровяные выделения из половых путей вне дней менструации?	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, но поставьте «—»	_____ лет	
Вопросы, связанные с половой жизнью:			
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 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 после года)	да	нет
20	Были ли у Вас беременности?	да	нет
	если «да», сколько (указать цифрой количество)?		
21	Были ли у Вас роды?	да	нет
	если «да», сколько (указать 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 (указать цифрой количество)?		
25	Были ли у Вас внематочные беременности?	да	нет
	если «да», сколько (указать цифрой количество)?		
26	Были ли у Вас самопроизвольные прерывания беременности (выкидыши)?	да	нет
	если «да», сколько (указать цифрой количество)?		
27	Были ли у Вас неразвивающиеся (замершие) беременности?	да	нет
	если «да», сколько (указать цифрой количество)?		
Имеются ли у Вас гинекологические заболевания:			
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 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:			
36	заболевания молочных желёз	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, туберкулёз)	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:			
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. Жалуетесь ли Вы на:			
52	учащенное или болезненное мочеиспускание?	да	нет
53	подтекание мочи при кашле, чихании, смехе, недержание 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:			
59	Сколько у Вас детей?	да	нет
60	Если у Вас есть дети, укажите возраст младшего ребенка. Если ребенку менее 1 года, то укажите 0	да	нет
61	Сколько детей Вы бы хотели иметь (с учетом имеющихся), учитывая Ваши текущие жизненные обстоятельства?	да	нет
62	Планируете ли Вы беременность?	да	нет
63	В том числе в течение ближайшего года	да	нет