**Анамнестическая анкета для женщин 18-49 лет**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Паспортная часть** | | | |
| Ф.И.О.: **{{name}}** | | | |
| Дата рождения (число, месяц, год): **{{birth}}** | | | |
| Возраст (полных лет): **{{age}}** | | | |
| Дата заполнения анкеты (число, месяц, год): **{{current\_date}}** | | | |
| **№** | **Вопрос** | **Ответ** | |
| **Менструальная функция (вопросы 1-12):** | | | |
| 1 | В каком возрасте у Вас начались менструации (полных лет)? Если не начались, поставьте «—». | {{w\_1}} | |
| 2 | Менструации проходят через примерно равные промежутки времени? | {{y\_2\_s}} | {{n\_2\_s}} |
| 3 | Какая продолжительность (была продолжительность) менструации - от первого дня одной до первого дня следующей? | {{w\_3\_s}} | |
| 4 | Сколько дней в среднем продолжается (продолжалась) менструация? | {{w\_4\_s}} | |
| 5 | Бывают (бывали) ли у Вас задержки менструации более 2 недель? | {{y\_5\_s}} | {{n\_5\_s}} |
| 6 | У Вас обильные менструации (использование максимально впитывающих прокладок/тампонов (\*\*\*\*\* или больше) более 1 дня)? | {{y\_6\_s}} | {{n\_6\_s}} |
| 7 | У Вас скудные менструации (использование только ежедневных прокладок во время менструации)? | {{y\_7\_s}} | {{n\_7\_s}} |
| 8 | Менструации проходят болезненно (используете ли Вы обезболивающие препараты в дни менструации)? | {{y\_8\_s}} | {{n\_8\_s}} |
| 9 | Бывают у Вас боли внизу живота или пояснице вне менструации? | {{y\_9}} | {{n\_9}} |
| 10 | Бывают у Вас межменструальные кровяные выделения? | {{y\_10}} | {{n\_10}} |
|  | если «да», сколько дней (укажите цифрой количество) | {{w\_10\_a}} | |
| 11 | Какой у Вас сегодня день менструального цикла (при наличии)? | {{w\_11}} | |
| 12 | Если у Вас закончились менструации, то в каком возрасте (полных лет)? Если не закончились, поставьте «—». | {{w\_12}} | |
| **Вопросы, связанные с половой жизнью (вопросы 13-27):** | | | |
| 13 | В каком возрасте Вы начали половую жизнь (полных лет)? | {{w\_13}} | |
| 14 | Используете ли Вы презерватив при половых контактах? | {{y\_14\_s}} | {{n\_14\_s}} |
| 15 | Используете ли Вы гормональную контрацепцию (например, противозачаточные таблетки)? | {{y\_15\_s}} | {{n\_15\_s}} |
| 16 | Предохраняетесь ли Вы с помощью внутриматочной спирали? | {{y\_16\_s}} | {{n\_16\_s}} |
| 17 | Бывают у Вас боли при половых контактах? | {{y\_17\_s}} | {{n\_17\_s}} |
| 18 | Бывают у Вас кровяные выделения из половых путей при половой жизни? | {{y\_18\_s}} | {{n\_18\_s}} |
| 19 | Страдаете ли Вы бесплодием (беременность не наступает при регулярной половой жизни без предохранения более года)? | {{y\_19\_s}} | {{n\_19\_s}} |
| 20 | Были ли у Вас беременности? | {{y\_20}} | {{n\_20}} |
|  | если «да», сколько (укажите цифрой количество)? | {{w\_20\_a}} | |
| 21 | Были ли у Вас роды? | {{y\_21}} | {{n\_21}} |
|  | если «да», сколько (укажите цифрой количество)? | {{w\_21\_a}} | |
| 22 | Если у Вас были роды, закончились ли они кесаревым сечением? | {{y\_22\_s}} | {{n\_22\_s}} |
| 23 | Если у Вас были роды, закончились ли они преждевременными родами? | {{y\_23\_s}} | {{n\_23\_s}} |
| 24 | Были ли у Вас медицинские прерывания беременности (аборты)? | {{y\_24}} | {{n\_24}} |
|  | если «да», сколько (укажите цифрой количество)? | {{w\_24\_a}} | |
| 25 | Были ли у Вас внематочные беременности? | {{y\_25}} | {{n\_25}} |
|  | если «да», сколько (укажите цифрой количество)? | {{w\_25\_a}} | |
| 26 | Были ли у Вас самопроизвольные прерывания беременности (выкидыши)? | {{y\_26}} | {{n\_26}} |
|  | если «да», сколько (укажите цифрой количество)? | {{w\_26\_a}} | |
| 27 | Были ли у Вас неразвивающиеся (замершие) беременности? | {{y\_27}} | {{n\_27}} |
|  | если «да», сколько (укажите цифрой количество)? | {{w\_27\_a}} | |
| **Имеются ли у Вас гинекологические заболевания (вопросы 28-35):** | | | |
| 28 | заболевания шейки матки | {{y\_28}} | {{n\_28}} |
| 29 | воспаление матки, придатков | {{y\_29}} | {{n\_29}} |
| 30 | инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) | {{y\_30}} | {{n\_30}} |
| 31 | кисты или опухоли яичников | {{y\_31}} | {{n\_31}} |
| 32 | миома матки | {{y\_32}} | {{n\_32}} |
| 33 | эндометриоз | {{y\_33}} | {{n\_33}} |
| 34 | Проходили ли Вы когда-либо стационарное лечение по поводу гинекологических заболеваний? | {{y\_34}} | {{n\_34}} |
| 35 | Оперировались ли Вы по поводу гинекологических заболеваний? | {{y\_35}} | {{n\_35}} |
| **Имеются ли у Вас перенесенные заболевания других органов (вопросы 36-47):** | | | |
| 36 | заболевания молочных желёз | {{y\_36}} | {{n\_36}} |
| 37 | заболевания щитовидной железы | {{y\_37}} | {{n\_37}} |
| 38 | заболевания крови, снижение гемоглобина | {{y\_38}} | {{n\_38}} |
| 39 | аутоиммунные или ревматические заболевания | {{y\_39}} | {{n\_39}} |
| 40 | аллергические заболевания | {{y\_40}} | {{n\_40}} |
| 41 | инфекционные заболевания (вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция, туберкулёз) | {{y\_41}} | {{n\_41}} |
| 42 | наследственные (генные, хромосомные) заболевания | {{y\_42}} | {{n\_42}} |
| 43 | онкологические заболевания | {{y\_43}} | {{n\_43}} |
| 44 | Имеются ли у Вас указанные выше заболевания в настоящее время? | {{y\_44}} | {{n\_44}} |
| 45 | Получали ли Вы ранее химио- или лучевую терапию по поводу онкологического заболевания? | {{y\_45}} | {{n\_45}} |
| 46 | Были ли у Вас операции (кроме гинекологических)? | {{y\_46}} | {{n\_46}} |
| 47 | Были ли у Вас переливания крови? | {{y\_47}} | {{n\_47}} |
| **Вакцинация (вопросы 48-51):** | | | |
| 48 | Вакцинированы ли Вы от краснухи? | {{y\_48}} | {{n\_48}} |
| 49 | Вакцинированы ли Вы от ВПЧ? | {{y\_49}} | {{n\_49}} |
| 50 | Вакцинированы ли Вы в текущем году от гриппа? | {{y\_50}} | {{n\_50}} |
| 51 | Вакцинированы ли Вы в текущем году от СОУГО-19? | {{y\_51}} | {{n\_51}} |
| **Жалобы (вопросы 52-58). Жалуетесь ли Вы на:** | | | |
| 52 | учащенное или болезненное мочеиспускание? | {{y\_52}} | {{n\_52}} |
| 53 | подтекание мочи при кашле, чихании, смехе, неудержание позыва на мочеиспускание? | {{y\_53}} | {{n\_53}} |
| 54 | высыпания или выделения из половых путей (бели), вызывающие дискомфорт (жжение, зуд, неприятный запах)? | {{y\_54}} | {{n\_54}} |
| 55 | уплотнение и/или деформация молочных желез, выделения из сосков? | {{y\_55}} | {{n\_55}} |
| 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? | {{y\_56}} | {{n\_56}} |
| 57 | приливы жара, потливость, ознобы? | {{y\_57}} | {{n\_57}} |
| 58 | сухость во влагалище, зуд или диспареунию (болезненность при половом акте)? | {{y\_58}} | {{n\_58}} |
| **Репродуктивные установки (вопросы 59-61):** | | | |
| 59 | Сколько у Вас детей? | {{w\_59}} | |
| 60 | Если у Вас есть дети, укажите возраст младшего ребенка. Если ребенку менее 1 года, то укажите 0. | {{w\_60}} | |
| 61 | Сколько детей Вы бы хотели иметь (с учетом имеющихся), учитывая Ваши текущие жизненные обстоятельства? | {{w\_61}} | |