**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  
впишите дату ее заполнения, 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)** | | | |
| **№ п/п** | **Вопрос** | **Ответ** | |
| **Менструальные функции (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 (Вектор 3d реалистичная векторная иллюстрация значка крови 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 препарат ы 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 для тех, у кого есть опыт половых контактов (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 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):** | | | |
| 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):** | | | |
| 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 | пет |
| 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 | да | нет |
| 53. | Подтекание мочи при кашле, чихании, смехе, неудержание позыва на мочеиспускание? |  |  |
| 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 диспарению (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, то укажите 0. | \_\_\_\_\_\_\_\_лет | |
| 61. | Сколько детей Вы бы хотели иметь (с учетом имеющихся),  учитывая Ваши текущие жизненные обстоятельства? |  | |