|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Название Центра: | | | | | | |
| Адрес : | | | | | | |
| Телефон: | | | | | | |
| e-mail: | | | | | | |
|  | **Карта оценки состояния мужчины** | | | | ***№ 3*** |  |
| **Консультант** | | **ФЦ** | | | **№ Карты** | |
| **Ф.И.О.** | | | | | | |
| Дата рождения(число,месяц,год) : | | Семейное положение: | | | | Дети: |
| Адрес: | | | | | | |
| Контактный телефон:  электронная почта: | | | | | | |
| Профессия, род и характер работы, должность (для пенсионеров в период трудовой деятельности): | | | | | | |
| **Оценка состояния**  **на дату первичного заполнения** | | **Динамика состояния** (заполняется при последующих обращениях с обязательным приложением сканированных копий предыдущих  назначений) | | | | |
| **Дата** | **Дата** | **Дата** | **Дата** | **Дата** |
| ***Самые важные жалобы ( перечислите)*** | |  |  |  |  |  |
| 1 | |  |  |  |  |  |
| 2 | |  |  |  |  |  |
| 3 | |  |  |  |  |  |
| 4 | |  |  |  |  |  |
| **Последняя дата приема трав по назначению ф/т**  **(обязательно заполнить!!!)** | |  |  |  |  |  |
| **Нужное подчеркнуть или указать** | |  |  |  |  |  |
| Общее самочувствие:отл/хор удовл./плохое/очень плохое | |  |  |  |  |  |
| Простудные заболевания: 1-2-3-5/ чаще в год, протекают с  / без подъема температуры, с осложнениями / без осложнений | |  |  |  |  |  |
| ***Качество сна:***  Время отхода ко сну: | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Продолжительность засыпания: | |  |  |  |  |  |
| Спать при засыпании: хочется / не хочется | |  |  |  |  |  |
| Сон: поверхностный/средний / глубокий / средний/ храп | |  |  |  |  |  |
| Сон: со сновидениями / без сновидений | |  |  |  |  |  |
| Сны: каждый день /2-3 раза в неделю / реже | |  |  |  |  |  |
| Сны: сумбурные, отрывочные / повествовательные  /хорошие / кошмары | |  |  |  |  |  |
| На подушке какой высоты вы спите: низкая/без  подушки/маленькая/большая | |  |  |  |  |  |
| Засыпаете: на правом/ левом боку, спине/ животе | |  |  |  |  |  |
| Спите: на правом/левом боку, спине/животе | |  |  |  |  |  |
| Сколько раз просыпаетесь ночью:  не просыпаюсь | |  |  |  |  |  |
| При ночном просыпании: хочется / не хочется | спать |  |  |  |  |  |
| Через какое время снова засыпаете | |  |  |  |  |  |
| Ночной диурез (сколько раз?) : | |  |  |  |  |  |
| Аппетит ночью: нет / повышен/ем среди сна? | |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Время утреннего пробуждения: самостоятельно / по будильнику |  |  |  |  |  |
| Состояние утром: голова ясная /тяжелая / хочет спать  /мутная /ватная |  |  |  |  |  |
| Тело к утру: отдыхает / усталость / ломота |  |  |  |  |  |
| Утренние отеки: веки / под глазами / пастозность лица/  кистей рук / утром на пятки наступать больно/ног |  |  |  |  |  |
| Аппетит утром: есть/ нет |  |  |  |  |  |
| В области поясницы после просыпания: боль/ дискомфорт  есть/нет |  |  |  |  |  |
| Продолжительность дневного сна |  |  |  |  |  |
| Сонливость в течение дня: сразу после обеда/вечером указать время: |  |  |  |  |  |
| Внутри испытываете спокойствие / нервозность / внутренняя  дрожь |  |  |  |  |  |
| Вам свойствено быстро отвлекаться, быть рассеянным, забывчивым **да / нет** |  |  |  |  |  |
| Память: сохранена / ухудшилась / улучшилась |  |  |  |  |  |
| Работоспособность: выше до обеда / выше к вечеру  /одинакова / снижена |  |  |  |  |  |
| Вам свойственны вспыльчивость, чрезмерная чувствительность, обидчивость |  |  |  |  |  |
| Быстрая смена настроения **да / нет** |  |  |  |  |  |
| Страх: **да / нет** |  |  |  |  |  |
| Тревожность, чрезмерная обеспокоенность:  **да /нет** |  |  |  |  |  |
| Жару переносите: хорошо / средне/плохо |  |  |  |  |  |
| Слезы: близко/ редко |  |  |  |  |  |
| Голова в течение дня: ясная /мутная/ тяжелая /несвежая  /ватная |  |  |  |  |  |
| Головные боли (как часто): ежедневно /еженедельно  /ежемесячно |  |  |  |  |  |
| Головные боли: утром/ днем/ вечером; при физической/умственной нагрузке |  |  |  |  |  |
| В затылке при головной боли: давит/распирает, пульсирует, сжимает |  |  |  |  |  |
| В висках при головной боли: давит/распирает, пульсирует, сжимает. Укажите локализацию |  |  |  |  |  |
| Метеозависимость : **да / нет** |  |  |  |  |  |
| Сон при головной боли: приносит облегчение/обостряет боль |  |  |  |  |  |
| Голод провоцирует головную: боль **да / нет** |  |  |  |  |  |
| Еда облегчает головную боль: **да/нет** |  |  |  |  |  |
| Головокружение: постоянно / при повороте или наклоне  /при головной боли / нет |  |  |  |  |  |
| Волосяной покров головы сохранен: да/нет; волосы обильно падают |  |  |  |  |  |
| Волосяной покров отсутствует: залысины / на темени / вся голова |  |  |  |  |  |
| Седина: **да / нет** единичные седые волосы/ выражена  седина |  |  |  |  |  |
| Возраст, когда стали седеть: |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Потливость: избыточная (требующая смены белья) -  ночью/днем; в жару/ в бане/ самопроизвольно/ при физической нагрузке |  |  |  |  |  |
| Судороги: ног /рук; ночью /днем; справа /слева/ не бывает  Как часто: |  |  |  |  |  |
| Онемение: рук/ ног - справа /слева ; ночью /днем/ не бывает.  Как часто: |  |  |  |  |  |
| Повышенная зябкость рук /ног /головы: **да/нет** |  |  |  |  |  |
| Отеки ног: **да/нет** вечером /утром |  |  |  |  |  |
| Усталость в ногах к вечеру: **да/нет** |  |  |  |  |  |
| Варикозное расширение вен ног: на обеих ногах одинаково/  больше справа/слева |  |  |  |  |  |
| Набухание височных вен: **да/нет;** больше справа /слева |  |  |  |  |  |
| Геморрой: **да/нет** ; с кровью/ болью /ощущением  инородного тела. Трещины: **да/нет** |  |  |  |  |  |
| Аппетит к белкам: повышен /понижен /отсутствует/  нормальный; |  |  |  |  |  |
| Папилломы: на теле/шее/подмышками/под грудью; увеличиваются в количестве/в размерах/без изменений; много/единичные/их нет |  |  |  |  |  |
| Сухость во рту: **да/нет** утром/весь день/ночью |  |  |  |  |  |
| Вкус во рту: **да/нет;** сладкий/ металл/ кислый; горечь -  утром/ днем |  |  |  |  |  |
| Отрыжка: **да/нет** воздухом/пищей |  |  |  |  |  |
| Изжога: **да/нет** до еды/после еды/ утром |  |  |  |  |  |
| Тошнота: **да/нет** до еды/после еды |  |  |  |  |  |
| Стул (сколько раз в сутки):  утром /днем /вечером /ночью |  |  |  |  |  |
| Задержка стула: **да/нет,** на дней |  |  |  |  |  |
| Стул: оформленный/ твердый камешками (комочками)/  кашицеобразный / жидкий |  |  |  |  |  |
| Дискомфорт в животе: **да/не**т вздутие /ощущение  неудобства |  |  |  |  |  |
| Боли в животе: **да/нет** под ложечкой/ справа/слева/ в  области пупка |  |  |  |  |  |
| Характер болей: тянущие/ спазмы/ колющие |  |  |  |  |  |
| Боли в области сердца: **да/нет;**  сжимающие/ноющие/колющие/давящие; днем/ночью/при физической нагрузке/покое |  |  |  |  |  |
| Нарушения ритма сердца**: да/нет** ощущение замирания/  остановки сердца/сердцебиение |  |  |  |  |  |
| Частота сердечных сокращений в минуту (пульс) |  |  |  |  |  |
| Пульс справа: тихий/громкий |  |  |  |  |  |
| Пульс слева: тихий/громкий |  |  |  |  |  |
| Артериальное давление на правой руке |  |  |  |  |  |
| Артериальное давление на левой руке |  |  |  |  |  |
| Кашель: **да/нет** сухой/влажный; утром/вечером; единичные покашливания/ приступами; утром/ в течение дня/ночью/ вечером |  |  |  |  |  |
| Мокрота: **да/нет** отходит с трудом/легко/ обильная/скудная; с кровью/слизистая/гнойная/с запахом |  |  |  |  |  |
| Одышка: в покое /при физич.нагрузке, волнении /приступы  удушья |  |  |  |  |  |
| Носовые кровотечения: **да/нет** утром /вечером;  при головной боли/из какого носового хода: |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Количество выпиваемой сырой воды в день в литрах/сколько  раз в день |  |  |  |  |  |
| Общее количество выпиваемой жидкости в день с учетом  сырой воды в литрах |  |  |  |  |  |
| Количество мочеиспусканий в течение дня |  |  |  |  |  |
| Мочеиспускание: болезненное /безболезненное |  |  |  |  |  |
| Чувство жажды: выражено/ не выражено;  утром/днем/вечером/ночью; в жару |  |  |  |  |  |
| Неудержимые позывы на мочеиспускание: **да/нет**  утром /при беге |  |  |  |  |  |
| Неудовлетворенность после мочеиспускания: **да/нет** |  |  |  |  |  |
| Удельный вес мочи (по анализам): |  |  |  |  |  |
| Присутствие в моче: солей / слизи /белка; ураты / фосфаты /  оксалаты; нет Бактерии/лейкоциты/эритроциты |  |  |  |  |  |
| Состояние шейного отдела позвоночника: без  особенностей / боли / хруст |  |  |  |  |  |
| Боли в позвоночнике: **да/нет** грудной отдел/ поясничный  отдел/крестец |  |  |  |  |  |
| Боли в суставах: **да/нет** колени/голеностопы/ локти/плечи; справа/слева |  |  |  |  |  |
| Тугоподвижность / отечность суставов: **да /нет**  колени /голеностопы / локти /плечи; справа /слева |  |  |  |  |  |
| Хруст в суставах: **да/нет** колени /голеностопы / локти  /плечи; справа/слева |  |  |  |  |  |
| Есть ли жалобы на мелкие суставы: **да/ нет**  кисти/стопы: справа/ слева- боли/деформация; |  |  |  |  |  |
| Боли в костях: **да/нет** днем/ночью; поясница /крестец /  кости таза /ребра / предплечья /тазобедренные суставы  /плечи |  |  |  |  |  |
| Боли усиливаются: **да/нет** при перемене погоды |  |  |  |  |  |
| Лимфоузлы: увеличены - **да/нет;** шея /подмышками /в паху /иная локализация |  |  |  |  |  |
| **Вес кг : стабилен - да/нет;** |  |  |  |  |  |
| Прибавка/потеря за последние 3 месяца: **+ / - кг** |  |  |  |  |  |
| **Рост см** |  |  |  |  |  |
| Телосложение: сухощавость/ норма/полнота |  |  |  |  |  |
| Полнота: больше выражена в нижней /верхней части туловища/ равномерно |  |  |  |  |  |
| Живот: обычной формы /впалый /пивной /спортивный |  |  |  |  |  |
| Наличие грыж паховой, бедренной справа/слева, белой  линии живота |  |  |  |  |  |
| Осанка: не изменена/ сутулость/горб |  |  |  |  |  |
| Слух: снижен/не снижен, справа/слева |  |  |  |  |  |
| Зрение: ясное / близорукость/дальнозоркость; справа/слева |  |  |  |  |  |
| Заикание /поперхивание /икота: **да/нет** |  |  |  |  |  |
| Аллергия: **да/нет** - на травы /пищу /запах /цветение  /медикаменты |  |  |  |  |  |
| ***Половая система*** |  |  |  |  |  |
| Эрекция: удовлетворительная /ослаблена/повышенная |  |  |  |  |  |
| Эякуляция: обычная/ускоренная/задержанная/анэякуляция |  |  |  |  |  |
| Боли в яичке/пенисе/промежности - да/нет |  |  |  |  |  |
| Потенция: отсутствует/снижена/нормальная/повышена |  |  |  |  |  |
| Струя мочи: вялая/прерывистая/нормальная |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Результаты спермограммы: |  |  |  |  |  |
| Операции на органах мочеполовой системы - да/нет: по поводу аденомы /опухоли /варикоцеле /другому поводу  какому? |  |  |  |  |  |
| ***Общая часть*** | | | | | |
| Подробное описание истории развития вашего заболевания. | | | | | |
| Назовите перенесённые заболевания да/нет , какие? когда? | | | | | |
| Назовите перенесенные травмы да/нет; какие, когда? | | | | | |
| Травмы головы с потерей сознания/без потери сознания да/нет | | | | | |
| Назовите перенесенные операции да/нет; какие? когда? | | | | | |
| Подвергались ли общему наркозу да/нет; продолжительность меньше 1 часа/1-2 часа/ больше 2 час;сколько раз | | | | | |
| Принимаемые медикаменты (назвать препараты и суточную дозировку), постоянно - да/нет, периодически - да/нет | | | | | |
| Курение: да/нет, сколько сигарет в сутки | | | | | |
| Употребление алкоголя: да/нет; количество в месяц | | | | | |
| Рекомендуем приложить данные о результатах обследований, заключения специалистов: | | | | | |
| Сформулируйте задачу по улучшению здоровья и определите срок для ее выполнения. | | | | | |