|  |
| --- |
| Название Центра: |
| Адрес : |
| Телефон: |
| e-mail: |
| **Карта оценки состояния женщины детородного возраста** (mensis) ***№ 1*** |
| **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 / глубокий / средний/храп |  |  |  |  |  |
| Сон: со сновидениями / без сновидений |  |  |  |  |  |
| Сны: каждый день /2-3 раза в неделю / реже |  |  |  |  |  |
| Сны: сумбурные, отрывочные / повествовательные /хорошие/ кошмары |  |  |  |  |  |
| Засыпаете: на правом/ левом боку, спине/ животе |  |  |  |  |  |
| Спите: на правом/левом боку, спине/животе |  |  |  |  |  |
| Для спящих на спине:высота подушки высокая/ низкая/ без подушки |  |  |  |  |  |
| Для спящих на спине:расположение лопаток на подушке / ниже подушки |  |  |  |  |  |
| Сколько раз просыпаетесь ночью: не просыпаюсь1/2/3/много раз |  |  |  |  |  |
| При ночном просыпании: спать хочется / не хочется |  |  |  |  |  |
| Через какое время снова засыпаете  |  |  |  |  |  |
| Ночной диурез (сколько раз?)  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Аппетит ночью: нет / повышен |  |  |  |  |  |
| Время утреннего пробуждения , самостоятельно / побудильнику |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |
| Аппетит утром: есть/ нет |  |  |  |  |  |
| В области поясницы после просыпания: боль/ дискомфортесть/нет |  |  |  |  |  |
| Продолжительность дневного сна  |  |  |  |  |  |
| Сонливость в течение дня: утром /сразу после обеда |  |  |  |  |  |
| Внутри испытываете спокойствие / нервозность / внутренняядрожь |  |  |  |  |  |
| 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, чрезмернаячувствительность, обидчивость |  |  |  |  |  |
| Быстрая смена настроения **да / нет** |  |  |  |  |  |
| Страх: **да / нет** |  |  |  |  |  |
| Тревожность, чрезмерная обеспокоенность: **да /нет** |  |  |  |  |  |
| Жару переносите: хорошо / плохо |  |  |  |  |  |
| Слезы: близко/ редко |  |  |  |  |  |
| Голова в течение дня: ясная /мутная/ тяжелая /несвежая/ватная |  |  |  |  |  |
| Головные боли: ежедневно /еженедельно /ежемесячно |  |  |  |  |  |
| Головные боли: утром/ днем/ вечером; при физической/умственной нагрузке |  |  |  |  |  |
| 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 / всяголова |  |  |  |  |  |
| Седина: **да / нет** единичные седые волосы/ выраженаседина |  |  |  |  |  |
| Возраст, когда стали седеть: раньше 20 лет /20-25 /25-30 /30-40 /40-50 /50-60 /60-70 />70 |  |  |  |  |  |
| Потливость: избыточная (требующая смены белья) -ночью/днем; в жару/ в бане/ самопроизвольно/ при физической нагрузке |  |  |  |  |  |
| Судороги: ног /рук; ночью /днем; справа /слева; каждыйдень /раз в неделю/реже/ не бывает |  |  |  |  |  |

Онемение: рук/ ног - справа /слева ; ночью /днем; каждый день /раз в неделю /реже /не бывает

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/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; в покое/ночью/при

физической нагрузке

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 /нет

Носовые кровотечения: **да/нет** утром /вечером;

при головной боли

Количество выпиваемой сырой воды в день в литрах

Общее количество выпиваемой жидкости в день с учетом сырой воды в литрах

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Температура выпиваемой воды: охлажденная/ комнатная/подогретая |  |  |  |  |  |
| 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): меньше /1005-1010 /1010- 1015 /1015-1020 /для у.в.>1020 цвет утром /цветднем ) |  |  |  |  |  |
| Присутствие в моче: солей / слизи /белка; ураты / фосфаты /оксалаты; нет |  |  |  |  |  |
| Состояние шейного отдела позвоночника: безособенностей / боли / хруст |  |  |  |  |  |
| Боли в позвоночнике: **да/нет** грудной отдел/ поясничныйотдел/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:справа/ слева- боли/деформация; стопы: - справа/ слева - |  |  |  |  |  |
| Боли в костях и крупных суставах: **да/нет** днем/ночью; поясница /крестец / кости таза /ребра / предплечья/тазобедренные суставы /голеностопы |  |  |  |  |  |
| Боли усиливаются: **да/нет** при физической нагрузке /приперемене погоды |  |  |  |  |  |
| Лимфоузлы: увеличены - **да/нет;** шея /подмышками /в паху/иная локализация |  |  |  |  |  |
| **Вес кг : стабилен - да/нет;** |  |  |  |  |  |
| Прибавка/потеря за мес., на кг |  |  |  |  |  |
| **Рост см** |  |  |  |  |  |
| Телосложение: сухощавость/ норма/полнота |  |  |  |  |  |
| Полнота: больше выражена в нижней /верхней чаституловища/ равномерно |  |  |  |  |  |
| 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*** |  |  |  |  |  |
| Наличие оволосения: около пупковой зоны /вокруг ареолсосков/над верхней губой **да/нет** |  |  |  |  |  |
| Наличие кровянистых / молозивоподобных выделений измолочных желез: **да/нет** |  |  |  |  |  |
| Грудь: маленькая/ средняя/ пышная |  |  |  |  |  |
| Талия: выражена/ не выражена |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Бедра: узкие/ средние/широкие |  |  |  |  |  |
| Живот: плоский/обычный/большой |  |  |  |  |  |
| Сексуальное влечение:отсутствует/пониженное/среднее/повышенное |  |  |  |  |  |
| Роды: (количество) |  |  |  |  |  |
| Наличие беременностей: (количество) |  |  |  |  |  |
| Медаборты: (количество) |  |  |  |  |  |
| За сколько дней до менструации ощущаете изменения(предменструальный синдром):  |  |  |  |  |  |
| В виде: |  |  |  |  |  |
| а) головных болей - **да/нет** |  |  |  |  |  |
| б) отечности/набухания/нагрубания молочных желез - **да /нет** |  |  |  |  |  |
| в) болезненности молочных желез - **да/нет** |  |  |  |  |  |
| г) болей - внизу живота/спине |  |  |  |  |  |
| д) плаксивости / раздражительности / депрессии /апатии |  |  |  |  |  |
| е) изменений вкусовых предпочтений к белкам/углеводам;явления метеоризма в этот период - **да/нет** |  |  |  |  |  |
| ж) прочих значимых симптомов (каких?)  |  |  |  |  |  |
| Менструация: регулярная/нерегулярная |  |  |  |  |  |
| Менструальный цикл в днях ( от I дня предыдущей менструации до I дня последующей):  |  |  |  |  |  |
| Продолжительность в днях:  |  |  |  |  |  |
| обильность: скудные /средние /обильные |  |  |  |  |  |
| Количество самых обильных дней:  |  |  |  |  |  |
| Количество прокладок в обильные дни: ; цветвыделений: розовый/ красный/бордовый/ спелой вишни |  |  |  |  |  |
| Размер прокладок: ежедневные/3 капли/4 капли/5капель/ночные |  |  |  |  |  |
| Сколько дней продолжается мазание:  |  |  |  |  |  |
| До начала менструации в днях:  |  |  |  |  |  |
| После окончания обильного периода менструации в днях: 1/2/3/4/5/6/7/8/9/10/больше |  |  |  |  |  |
| Наличие мазанья/ боли/ слизистых /гнойных выделений всередине цикла - **да/нет** |  |  |  |  |  |
| Если да, то на какой день день цикла они проявляются:12/13/14/15/16/17/18/19/20 |  |  |  |  |  |
| Наличие сгустков: количество нет /единичные/много |  |  |  |  |  |
| Размеры сгустков в см: 0,5/1/2/3/4/5/6/7/; крупные, слизевые,как "печень" |  |  |  |  |  |
| Боли: схваткообразные /тянущие вниз живота/ режущие/ жгучие/острые |  |  |  |  |  |
| Сколько дней продолжаются боли:  |  |  |  |  |  |
| Принимаю при болях обезболивающие /спазмолитики |  |  |  |  |  |
| Опущение органов малого таза/ сухость/зуд во влагалище -**да/нет** |  |  |  |  |  |
| Наличие гинекологических операций - **да/нет** |  |  |  |  |  |
| Киста яичника/ миома матки /эндометриоидные очаги/полипшейки матки |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заключение, дата и день цикла проведенной УЗИ диагностики органов малого таза |  |  |  |  |  |
| ***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. |