

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
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 / 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 спите: высокая / 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: спать хочется / не хочется					
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 / 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)					
Внутри испытываете спокойствие / нервозность / внутренняя дрожь					
Вам свойственно 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, обидчивости					
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 висках при головной боли: давит/распирает, пульсирует, сжимает					
В затылке при головной боли: давит/распирает, пульсирует, сжимает					
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					
Волосной покров головы сохранен: да/нет; волосы обильно падают					
Волосной покров: темени / залысины / вся голова					
Седина: да / нет единичные седые волосы/ выражена седина					
Возраст, когда стали седеТЬ:					
Потливость: ночью/днем; в жару/ в бане/ самопроизвольно/при физической нагрузке					
Судороги: ног /рук; ночью /днем; справа /слева; раз в неделю/реже/ не бывает/как часто					
Онемение: рук/ ног - справа /слева ; ночью /днем;/не бывает/какая часть					

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					
Аппетит к белкам: повышен /понижен /отсутствует					
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 ; горечь/ сладкий/ металл					
Отрыжка: да/нет воздухом/пищей					
Изжога: да/нет до еды/после еды					
Тошнота: да/нет до еды/после еды					
Стул: сколько раз в день: _____ утром/днем/вечером/ночью					
Задержка стула: да/нет 1 день/2 дня/3-4 дня/до 7 дней/> 7дн					
Стул: оформленный/ твердый комочками (комочками)/ кашицеобразный стул, понос					
Дискомфорт в животе: да/нет 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 /нет					
Носовые кровотечения: да/нет утром /вечером; при головной боли/из какого носового хода					
Количество мочеиспусканий в течение дня:					
Количество выпиваемой жидкости в день:					
Количество выпиваемой сырой воды в день (указать сколько раз в день и по сколько):					
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; боли/деформация/справа/слева					
Боли в костях: да/нет днем/ночью; поясница /крестец / кости таза /ребра / предплечья /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					
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 ареол сосков/над верхней губой да/нет					
Наличие кровянистых / молозивоподобных выделений из молочных 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					
Наличие беременностей:					
Медаборты:					

Роды:					
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/ 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): 12/ 15/ 16/ 17 /18/ 19 /20 /21 /22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/32/33/34/35/ 1,5 мес/ 2 мес/ 3 мес/ 4 мес					
Продолжительность в днях: 1/2/3/4/5/6/7/8/9/10/ больше					
обильность: скудные /средние /обильные					
сколько самых обильных дней:1 /2 /3 /4 /5 /6 /7 /больше					
Количество прокладок в обильные дни: 1 /2 /3 /4 /5 /6 /7 /8 /9 /10/больше					
Размер прокладок: ежедневные/3 капли/4 капли/5 капель/ночные					
Сколько дней продолжается мазание: _____					
До начала менструации в днях: 1 /2 /3 /4 /5 /6 /7 /8 /9/10/больше					
После окончания обильного периода менструации в днях: 1/2/3/4/5/6/7/8/9/10/больше					
Наличие мазанья/ боли/ слизистых /гнойных выделений в середине цикла - да/нет					
Если да, то на какой день цикла они проявляются: 12/13/14/15/16/17/18/19/20					
Наличие сгустков: количество нет /единичные/много					
Размеры в см: 0,5/1/2/3/4/5/6/7/ крупные					
Боли: схваткообразные /тянущие вниз живота/ режущие/ жгучие/острые					
Сколько дней продолжаются боли: 1/2/3/4/5 и больше					
Принимаю при болях обезболивающие /спазмолитики					
Опущение органов малого таза/ сухость/зуд во влагалище - да/нет					
Наличие гинекологических операций - да/нет					
Киста яичника/ миома матки /эндометриодные очаги/полип шейки 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.