

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
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: _____ 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 / 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 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, 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					
Волосной покров головы сохранен: да/нет; волосы обильно падают					
Волосной 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 комочками (комочками)/ кашицеобразный / жидкий					
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/гнояная/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 /лекарства					
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.					