



## *Пологове відділення*

Зав. відділення MUDr. Turek Michal, MBA

Старша сестра відділення Mgr. Bulková Simona

777366540, [vychni-gynpor@nemopisek.cz](mailto:vychni-gynpor@nemopisek.cz)

Якщо Ви бажаєте контролювати вагітність з подальшою метою пологів на нашому відділенні просимо вас заповнити цей формуляр:

### *Інформація для прийому на пологове відділення*

**Породілля:**

Прізвище, ім'я, титул: \_\_\_\_\_

Дошлюбне прізвище: \_\_\_\_\_

Дата народження: \_\_\_\_\_ Громадянство: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Номер візи\паспорту: \_\_\_\_\_ Сімейний стан: \_\_\_\_\_

Адреса постійного проживання: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адреса тимчасового проживання: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Освіта: \_\_\_\_\_

Професія/місце роботи: \_\_\_\_\_

**Батько дитини:**

Прізвище, ім'я, титул: \_\_\_\_\_

Дошлюбне прізвище: \_\_\_\_\_

Дата народження: \_\_\_\_\_ Громадянство: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Номер візи\паспорту: \_\_\_\_\_ Сімейний стан: \_\_\_\_\_

Адреса постійного проживання: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адреса тимчасового проживання: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Освіта: \_\_\_\_\_

Професія/місце роботи: \_\_\_\_\_

**Родинна анамнеза** ( хронічні захворювання в родині мати та батька дитини: вроджені вади, високий тиск, діабет, онкологічні захворювання, туберкульоз, захворювання печінки та інші.):

Зі сторони матері: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Зі сторони батька: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Особиста анамнеза:**

1. Які маєте хронічні захворювання (масмо на увазі захворювання серця, легень, печінки, нирок, діабет, високий тиск, порухи згортання крові, інфекційні хвороби та інші)? Як довго триває захворювання?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Чи маєте алергію ( на харчові продукти, лікарські засоби та інше)?

\_\_\_\_\_

3. Чи були важкі травми чи операції ( якщо так то напишіть коли, що оперували та інше)?

\_\_\_\_\_

4. Чи було переливання крові ( якщо так, то чому а коли)?

\_\_\_\_\_

5. Чи маєте варикозне розширення вен нижніх кінцівок? \_\_\_\_\_

6. Чи палите (якщо так, то напишіть кількість сигарет в день)? \_\_\_\_\_

**Гінекологічна анамнеза:**

1. Чи були протягом життя гінекологічні проблеми ( якщо так, то які)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Чи були аборти (мимовільні, медичні)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Менструація (від якого віку, як довго триває, правильна чи ні)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Попередні пологи:** ( напишіть повну дату народження дитини, стать, вагу а зріст при народжені. Пологи в час, недоношені чи по терміну? Пологи спонтанні, кесарів розтин, пологи кліщами? Проблеми з відлученням плаценти? Проблеми в попологовому терміну? Чи довго тривало грудне вигодовування?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Теперішня вагітність:**

1. Чи вживаєте лікарські засоби (якщо так то які і чому)?

\_\_\_\_\_

2. Чи були ви на УЗД скринінгу вроджених вад дитини, чи відбирали на дослідження плодovu воду?

\_\_\_\_\_

3. Чи були госпіталізовані в терміну вагітності ? \_\_\_\_\_

4. Чи маєте зараз якісь скарги: ? \_\_\_\_\_

**Нябряки нижніх кінцівок:**

**Так**

**Ні**

**Зріст в см** \_\_\_\_\_ **Вага до вагітності:** \_\_\_\_\_ **Вага зараз:** \_\_\_\_\_

**Дякуємо за інформацію!!!!**