

Опросник для постановки на учет по беременности.

Заполните и сохраните этот опросник на своем компьютере, поставьте на нем свою цифровую подпись и отправьте подписанную копию на электронный адрес ammaemand@ultraheli.ee.

Спасибо!

Ваша акушерка

Яне Тислер

Ваши личные данные

Имя

Фамилия

Национальность

Личный код

Возраст

лет

Домашний адрес

Семейное положение

☐

замужем

☐

в гражданском браке

☐

не замужем

☐

разведена

☐

вдова

Продолжительность сожительства в годах

Сфера деятельности

☐

работаю

☐

безработная

☐

военнослужащая
срочной службы

☐

студентка

☐

нетрудо-
способная

☐

веду домашнее
хозяйство

Хотите ли вы взять декретный отпуск во время беременности?

Образование

☐

начальное или ниже

☐

основное

☐

среднее

☐

среднее специальное

☐

прикладное высшее

☐

университет

Место работы

Должность

Номер телефона

Адрес электронной почты

Ваш рост

(см)

Вес до беременности

(кг)

ИМТ

кг/м²

Группа крови

Резус-фактор

Аллергия на лекарственные препараты

Укажите

Личные данные отца ребенка / супруга/сожителя

Имя _____ Фамилия _____
 Национальность _____ Личный код _____
 Возраст _____
 Домашний адрес _____
 Сфера деятельности _____

☐ работает ☐ безработный ☐ военнослужащий срочной службы ☐ студент ☐ нетрудо-способный ☐ ведет домашнее хозяйство

Образование

☐ начальное или ниже ☐ основное ☐ среднее ☒ среднее специальное
☐ прикладное высшее ☐ университет

Место работы _____

Должность _____

Номер телефона _____

Адрес электронной почты _____

Группа крови _____

Резус-фактор _____

Акушерский анамнез

Продолжительность менструального цикла _____ - _____ дней

Продолжительность менструации _____ - _____ дней

Принимали ли вы противозачаточные препараты в течение 1–2 месяцев до беременности? _____

Первый день последней менструации _____

Положительный результат теста на беременность _____ Дата проведения теста на беременность _____

Первое значение гормона беременности (ХГЧ) _____ МЕ/л Дата проведения анализа на ХГЧ _____

Второе значение гормона беременности (ХГЧ) _____ МЕ/л Дата проведения анализа на ХГЧ _____

Дата проведения предыдущего ультразвукового исследования _____

Срок беременности на дату проведения ультразвукового исследования _____ недель _____ дней

Была ли беременность запланированной

Желаемая беременность ожидалась _____ лет

Медицинская помощь для наступления беременности

Укажите

Беременность естественным путем

Беременность с помощью ЭКО

Свежие яйцеклетки _____ Дата пункции _____

Замороженные яйцеклетки _____ Дата переноса _____

Возраст бластоцисты _____ дней Ваш возраст на момент заморозки яйцеклеток _____ лет

Использование донорских яйцеклеток _____ Возраст женщины на момент заморозки яйцеклеток _____ лет

Использование донорской спермы

У вас двойная беременность?

Тип двойной беременности

☐ Дихориальная диамниотическая двойня
(две плаценты, два плодных пузыря)

☐ Монохориальная диамниотическая двойня
(одна плацента, два плодных пузыря)

☐ Монохориальная моноамниотическая двойня
(одна плацента, один плодный пузырь)

Предыдущие беременности и роды

Роды

Дата I родов	Пол ребенка	Вес	г	Длина	см	Апгар
--------------	-------------	-----	---	-------	----	-------

Осложнения во время беременности*

Осложнения во время родов**

Послеродовые осложнения***

Проблема с новорожденным****

Как долго ребенок был на грудном вскармливании?

Дата II родов Пол ребенка Вес г Длина см Апгар

Осложнения во время беременности*

Осложнения во время родов**

Послеродовые осложнения***

Проблема с новорожденным****

Как долго ребенок был на грудном вскармливании?

Дата III родов Пол ребенка Вес г Длина см Апгар

Осложнения во время беременности*

Осложнения во время родов**

Послеродовые осложнения***

Проблема с новорожденным****

Как долго ребенок был на грудном вскармливании?

Дата IV родов Пол ребенка Вес г Длина см Апгар

Осложнения во время беременности*

Осложнения во время родов**

Послеродовые осложнения***

Проблема с новорожденным****

Как долго ребенок был на грудном вскармливании?

Дата V родов Пол ребенка Вес г Длина см Апгар

Осложнения во время беременности*

Осложнения во время родов**

Послеродовые осложнения***

Проблема с новорожденным****

Как долго ребенок был на грудном вскармливании?

Дополнительные комментарии

Осложнения во время беременности*: сильная рвота на ранних сроках беременности, требовавшая капельной инфузии, большое прибавление в весе, повышенное артериальное давление (преэклампсия), гестационный сахарный диабет, анемия, зуд кожи, варикоз вен, инфекция мочевыводящих путей, угроза прерывания беременности, пороки развития плода, задержка роста плода, многоводие, преждевременное излитие околоплодных вод (за 24 часа до начала родовой деятельности).

Осложнения во время родов**: кесарево сечение (причина: угроза кислородного голодания плода, затяжные роды, функционально узкий таз, крупный ребенок, кровотечение при родах, преэклампсия, тазовое предлежание плода, предлежание плаценты), вакуум-экстракция, массивная кровопотеря при родах (> 1000 мл), разрыв промежности (с захватом прямой кишки или без него).

Послеродовые проблемы***: массивная послеродовая кровопотеря (переливание крови), воспаление матки, воспаление молочной железы, воспаление промежности, расхождение швов промежности, раневая инфекция после кесарева сечения, послеродовая депрессия, проблемы с грудным вскармливанием.

Проблема с новорожденным****: родовая травма, послеродовая желтуха, ребенку требовалась реанимация, ребенку требовалось лечение в отделении интенсивной терапии, резус-конфликт или несовместимость по группам крови, инфекционное заболевание, врожденный порок развития, проблемы сосания, сильная потеря веса.

Прерывания беременности / замершие беременности

Год	Срок беременности	недель
Год	Срок беременности	недель
Год	Срок беременности	недель
Год	Срок беременности	недель
Год	Срок беременности	недель

Прерывание беременности по собственному желанию

Год	Срок беременности	недель
Год	Срок беременности	недель
Год	Срок беременности	недель

Прерывание беременности по медицинским показаниям

Год	Срок беременности	недель
Причина прерывания беременности		
Год	Срок беременности	недель
Причина прерывания беременности		

Анамнез наследственных заболеваний

Есть ли у вас в анамнезе ребенок с хромосомным или генетическим заболеванием?

Укажите

Есть ли у отца вашего ребенка ребенок с хромосомным или генетическим заболеванием от предыдущих отношений?

Укажите

Есть ли у вас самой хромосомное или генетическое заболевание?

Укажите

Ходили ли вы когда-нибудь на прием к медицинскому генетику?

Укажите

Проводили ли вам хромосомный или генный анализ?

Укажите

Есть ли у отца ребенка хромосомное или генетическое заболевание?

Укажите

Есть ли у кого-либо из ваших близких родственников (матери, отца, сестры, брата, бабушки, дедушки) или близких родственников отца ребенка хромосомное заболевание, генетическое заболевание, умственная отсталость, психиатрическое заболевание, и умер ли кто-то из детей близких родственников в раннем детстве?

Укажите

Подвергались ли вы или отец ребенка цитостатической терапии или лучевой терапии?

Укажите

Возникала ли у вашей матери или сестры во время беременности преэклампсия, повышенное артериальное давление?

Укажите

Были ли у вашей матери или сестры преждевременные роды (до 34-ой недели беременности)?

Укажите

Были ли (есть ли) у кого-либо из ваших близких родственников (мать, отец, сестра, брат) перечисленные ниже заболевания?

☐

Повышенное артериальное давление

☐

Заболевания щитовидной железы

☐

Диабет

☐

Венозный тромбоз (тромбоз глубоких вен, легочный тромбоз)

☐

Гемофилия

Проблемы, возникшие во время текущей беременности:

- | | |
|---|--|
| ☐ Кровотечение на ранних сроках беременности | ☐ Лихорадочная болезнь |
| ☐ COVID-19 | ☐ Увеличение белых выделений |
| ☐ Воспаление мочевыводящих путей | ☐ Воспаление окружающих зубы тканей |
| ☐ Сильная тошнота и рвота | ☐ Боль в нижней части живота |
| ☐ Другое | |

Укажите

Перенесенные заболевания

- ☐
- Эндокринологические заболевания (заболевания щитовидной железы, сахарный диабет).

Укажите

- ☐
- Сердечно-сосудистые заболевания (миокардит, нарушения сердечного ритма, пороки развития сердца, гипертония, сердечная недостаточность).

Укажите

- ☐
- Заболевания почек и мочевыводящих путей (цистит, инфекция почечных лоханок, почечнокаменная болезнь, кистозная болезнь почек, пороки развития почек, нефротический синдром).

Укажите

- ☐
- Заболевания дыхательных путей (воспаление носовых пазух, воспаление легких, ангина, тромбоэмболия легочной артерии).

Укажите

- ☐
- Заболевания костно-мышечной системы (воспаления суставов, радикулит, искривления позвоночника, травмы, ревматоидный артрит).

Укажите

- ☐
- Заболевания соединительной ткани (системная красная волчанка, склеродермия, аутоиммунный артрит).

Укажите

- ☐
- Заболевания органов пищеварения (целиакия, непереносимость глютена, гастрит, воспаление двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, болезнь Крона, заболевания печени, желчнокаменная болезнь).

Укажите

- ☐
- Инфекционные заболевания (краснуха, ветряная оспа, коклюш, корь, скарлатина, токсоплазмоз, цитомегаловирус, дифтерия, туберкулез, гепатит В или С).

Укажите

Были ли вы за границей непосредственно перед беременностью?

На ранних сроках беременности?

В какой стране?

☐

Гинекологические заболевания (поликистоз яичников, воспаление влагалища, воспаление яичников, эндометриоз, киста яичника, воспаление шейки матки, изменения в ПАП-тесте, синдром гиперстимуляции яичников при процедуре ЭКО).

Укажите

☐

Заболевания, передающиеся половым путем (хламидиоз, гонорея, трихомониаз, ВПЧ шейки матки, герпес, сифилис, ВИЧ-инфекция, СПИД).

Укажите

☐

Психические заболевания (депрессия, шизофрения, тревожные расстройства, синдром дефицита внимания и гиперактивности, анорексия, булимия).

Укажите

☐

Нервные заболевания (мигрень, рассеянный склероз, мышечные заболевания, миостения, хронические головные боли, эпилепсия).

Укажите

☐

Заболевания крови (хроническая анемия, нарушения свертываемости крови, антифосфолипидный синдром, тромбофилия, тромбоз глубоких вен, серповидноклеточная анемия).

Укажите

☐

Заболевания глаз (близорукость, дальнозоркость, диоптрии в очках, проблемы глазного дна).

Укажите

☐

Опухолевое заболевание

Укажите

☐

Другое заболевание

Укажите

Вы сейчас курите?

Если курите, то сколько сигарет в день?

Вы бросили курить в начале беременности?

Курит ли кто-нибудь у вас семье?

Употребляете ли вы наркотические вещества?

Укажите

Вы вегетарианка?

Вы соблюдаете особую диету?

Укажите

Укажите

Есть ли у вас пищевая непереносимость?

Укажите

Оцените свою физическую активность

Укажите

Ваша физическая форма

хорошая ☐ довольно хорошая ☐ средняя ☐ довольно плохая ☐ плохая ☐

Частота занятий спортом

4–6 раз в неделю ☐ 2–3 раза в неделю ☐ 1 раз в неделю ☐ 2–3 раза в месяц ☐

Не занимаюсь спортом ☐

От каких заболеваний вы вакцинированы (если вы вакцинированы от COVID-19, укажите дату последней вакцинации)

Укажите

Перенесенные операции (конизация шейки матки, наложение швов на шейку матки во время беременности).

Укажите

Делали ли вам переливание крови?

Укажите

Принимали ли вы фолиевую кислоту перед наступлением беременности?

Принимали ли вы какие-либо лекарственные препараты после наступления беременности?

Если да, то какие (название и количество)?

Принимаете ли вы какие-либо лекарственные препараты на постоянной основе?

Если да, то какие (название и количество)?

Регулярно принимаемые витамины или пищевые добавки

Каковы ваши ожидания в отношении наблюдения за беременностью?

Ставя на документе цифровую подпись, вы подтверждаете, что предоставленная вами информация верна.