УТВЕРЖДЕНО приказом БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» № 196 от  $10.07.2020 \, \mathrm{r}$ .

## Анкета пациента перед началом оказания медицинской помощи

## Поясняющая часть

Данный документ составлен на основании Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Внимательно прочтите и ответьте на вопросы анкеты (документ читается и заполняется пациентом или его законным представителем (для лиц, не достигших 15 лет или недееспособных граждан)) перед началом оказания медицинской помощи.

Пациент или его законный представитель **подписывают документ в предназначенных для этого графах** (кроме случаев, когда пациент в состоянии выразить свою волю и мысли, но не в состоянии писать и ставить подпись лично)

Паспортная часть

Я,	•	
(Ф.И.О. пациента - полностью)		
года рождения, проживаю	щая по адресу:	
Гелефон		
данный раздел бланка заполняется Я,	только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан	
	(фамилия, имя, отчество - полностью)	
паспорт:	(серия, номер паспорта, когда и кем выдан)	
	(адрес)	
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:		
или лица, признанного недееспо	сооным	
(Ф.И.О. ребенк	а или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)	
Анкета пациента (заполняется пациентом или его законным представителем (для лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан)), если ответ на вопрос заполняющему анкету неизвестен – написать «неизвестно».		
Вес пациента (кг)		
Рост пациента (см)		
Есть или нет аллергия на лекарства, пищевые продукты или иные факторы (непереносимость)?	□Есть □Нет Если есть, перечислить названия лекарств или иных факторов и в скобках указать в чем выражается непереносимость:	
Курите ли Вы (пациент)?	□Да □Нет	
Употребляете ли Вы (пациент) алкоголь регулярно?	□Да □Нет	

Употребляли ли Вы (пациент) наркотические или психотропные препараты	□Никогда не употреблял(а) □Употреблял(а) ранее □Употребляю сейчас Если употребляли – указать название препаратов, дозировку ————————————————————————————————————
Заболевания печени? (гепатит, цирроз, желтуха и др.)	□Да □Нет При наличии укажите, какими заболеваниями болели и когда: —
Инфекционные заболевания? (Туберкулез, болезнь Боткина, ВИЧ (СПИД), венерические болезни, инфекции, передаваемые половым путем, токсоплазмоз, краснуха и др.)	□Да □Нет При наличии укажите, какими заболеваниями болели и когда: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
Эндокринные заболевания? (сахарный диабет, болезни щитовидной железы и др.)	□Да □Нет При наличии укажите, какими заболеваниями болели и какими препаратами лечились: ————————————————————————————————————
Заболевания сердечно-сосудистой системы? (острый инфаркт миокарда, инсульт, стенокардия, ишемия сердца, нарушения ритма сердца, гипертоническая болезнь и др.)	□Да □Нет При наличии укажите, какими заболеваниями болели: 
Заболевания глаз? (Глаукома, миопия и др.)	□Да □Нет При наличии укажите, какими заболеваниями болели: ————————————————————————————————————
Другие хронические заболевания	<ul> <li>□ О других (не упомянутых ранее) хронических заболеваниях мне не известно</li> <li>□ Болею следующими хроническими заболеваниями (указать какими):</li> </ul>
Какие лекарства Вы (пациент) постоянно принимаете? (препараты, влияющие на свертываемость крови, гормональные препараты, инсулины, препараты для лечения гипертонии, заболеваний сердца, и др.)	<ul> <li>☐ Никаких лекарств постоянно не принимаю</li> <li>☐ Принимаю какие-то лекарства, названия которых не помню</li> <li>☐ Принимаю следующие лекарства:</li> <li>(указать название, по возможности – дозу и кратность приема)</li> <li></li></ul>
Были ли у Вас (пациента) ранее травмы и/или операции?	<ul><li>☐ Нет</li><li>☐ Были (указать год и характер травмы и/или операции):</li></ul>

Если ранее Вы (пациент) переносили анестезии (наркозы), были ли осложнения или проблемы, связанные с проведением анестезии у Вас (пациента) или у Ваших (пациента) близких родственников?	<ul> <li>□ Мне не известно о каких-либо осложнениях или проблемах при ранее проводимых анестезиях</li> <li>□ Осложнения были (указать при какой операции, какая анестезия (общая или местная), в каком году, в чем выражались осложнения):</li> </ul>	
Есть ли у Вас (пациента) съемные зубные протезы?	□ Есть □ Нет	
Дополнительные сведения, которые Вы считаете необходимым сообщить анестезиологу (наличие протезов, искусственных клапанов, водителя сердечного ритма, слухового аппарата и т.п.)		
Посещали ли Вы (пациент) «Школу матери» и «Психопрофилактическую подготовку к родам»?	□Да □Нет	
Были ли у Вас (пациента) тревожные состояния до и во время беременности, и в чем они выражались?	□Да □Нет	
Испытываете ли Вы (пациент) страх перед родами?	□Да □Нет	
Содержание вопросов анкеты мне (представляемому) понятно. Мои (представляемого) ответы правдивы и не содержат заведомо ложной информации. Я полностью осознаю, что информация, которую я предоставил(а) в данной анкете будет использоваться врачами при оказании мне (представляемому) медицинской помощи и ложные сведения, предоставленные в данной анкете, могут привести к ситуации, которая может угрожать моему (представляемого) здоровью и жизни. Подпись пациента или его законного представителя:  Дата заполнения анкеты: «		