**Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Чтобы вовремя узнать об опасностях и рисках, я прошу Вас ответить на следующие вопросы:**

* 1. **Имеется ли у Вас аллергия (астма, насморк, крапивница и др.) или повышенная чувствительность на медикаменты, пластырь, латекс и т.д.? Да Нет**
  2. **Были ли у вас операции Да Нет**

**Если да, то какие и в каком году:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* 1. **Были ли ранее сильные кровотечения при операциях или травмах (например, при удалении зубов)? Да Нет**
  2. **Страдаете ли Вы варикозным расширением вен? Да Нет**
  3. **Наблюдалось ли ранее нагноение ран, замедление заживления, образование свищей или гипертрофических рубцов? Да Нет**

**5. Страдаете ли Вы острыми или хроническими инфекционными заболеваниями (гепатиты, ВИЧ/СПИД, сифилис)? Да Нет**

**6. Страдаете ли Вы нарушением обмена веществ (диабет) или заболеваниями сердца, сосудов, легких, поджелудочной железы, почек, нервной системы? Да Нет**

**Если да, то, какими?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**7. Было ли ранее образование/удаление тромбов (тромбозы, эмболии)?**

**Да Нет**

**8. Принимаете ли Вы регулярно какие-либо лекарственные препараты?**

**Да Нет**

**Если да, то, какие?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**9. Курите ли Вы? Да Нет**

**10. Употребляете ли Вы алкоголь? Да Нет **

**Если да, то, что и какое количество в день?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**11. Для женщин в детородном возрасте:**

**Менструальный цикл регулярный? Да Нет**

**Цикл 28 дней, 30 дней, другое\_\_\_\_\_\_\_ нужное подчеркнуть или вписать.**

**Дата начала последних месячных: число\_\_\_\_\_месяц\_\_\_\_\_\_год\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Последний осмотр гинеколога: число\_\_\_\_\_месяц\_\_\_\_\_\_год\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Вы беременны? Да Нет**

**Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**