

.....
IMIĘ I NAZWISKO

0.....
NR KARTY

PYTANIA PRZED PIERWSZĄ WIZYTĄ GINEKOLOGICZNĄ

1. Powód wizyty/ bieżące dolegliwości:.....
.....
2. Data pierwszej miesiączki:.....
Data ostatniej miesiączki:.....
3. Długość trwania miesiączki:.....
Długość trwania cyklu:.....
4. Krwawienia miesiączkowe (w normie/skąpe/obfite):.....
5. Ilość ciąż/porodów(PSN/CC), ich przebieg i występujące dolegliwości:.....
.....
Poronienia:.....
6. Choroby ginekologiczne/ infekcje/ plamienia:.....
.....
.....
7. **Przebyte choroby:**.....
choroby wątroby:.....
choroby uk. Krążenia:.....
choroby przewlekłe:.....
Migreny:.....
ch. Zakrzepowo-zatorowe:.....
ch. Przebyte w dzieciństwie:.....
8. Stosowane leki:.....
.....
9. **Operacje:**.....
Zabiegi:.....
Szczepienia:.....
10. Choroby występujące w rodzinie: (choroby układu krążenia/ nowotwory(piersi, jajnika, j. grubego)/inne).....
.....
11. Uczulenia na leki lub inne substancje:.....
.....
12. Używki (od kiedy/jak często?):.....
13. Wykonane badania (daty wykonania/wynik):
Cytologia:.....
USG piersi:.....
USG ginekologiczne:.....
USG tarczycy:.....
Wyniki podstawowych badań laboratoryjnych:.....

.....

IMIĘ I NAZWISKO

0.....

NR KARTY

14. Ostatnia kontrola stomatologiczna:.....

15. W przypadku wizyty związanej z ciążą:

Grupa krwi matki dziecka:.....