



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2

IČ: 00064165, tel. 224 961 111

Ambulance lékařské genetiky

128 08 Praha 2, Ke Karlovu 2, tel.: 2 2496 7171, 2 2496 7175, e-mail: genetika@vfn.cz

F-UBLG-10-002

Verze 2

Dotazník pro ženy (gynekologický a těhotenský)

příjmení..... rozená..... jméno.....

den, měsíc, rok narození rodné číslo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Měsíčky (menses):

- 1) V kolika letech jste měla měsíčky poprvé? 2) V kolika letech měsíčky ustaly?
- 3) Kolik dní trvá/al cyklus (tj. od začátku jedné měsíčky k začátku druhých/následujících)?
- 4) Kolik dní trvají/ly měsíčky?
- 5) Máte/měla jste při menstruaci potíže? ano – ne Jaké?
- 6) Je/byl váš menstruační cyklus vždy nebo téměř vždy pravidelný? ano – ne
- 7) Užívala jste nějaké léky k úpravě menstruačního cyklu? ano – ne jaké?

Onemocnění, příp. operace ženských orgánů:

- 8) Byla jste léčena pro záněty vaječníků? ano – ne pro výtoky? ano – ne
pro jiná onemocnění
- 9) Prodělala jste operaci ženských orgánů? ano – ne
Kdy a jakou?

Antikoncepce:

- 10) Užívala jste antikoncepci V jakých letech? Jak dlouho?
hormonální? ano – ne
tělísko? ano – ne
jinou? ano – ne

Otěhotněla jste

- 11) nyní snadno? ano – ne
s pomocí metod asistované reprodukce? ano – ne jaké? (např. inseminace, IVF)
- 11) i dříve snadno? ano – ne
s pomocí metod asistované reprodukce? ano – ne jaké? (např. inseminace, IVF)
- 12) Byla jste dříve léčena pro poruchu plodnosti bez úspěchu? ano – ne
jak? (hormonální podpora – inseminace – IVF – jiná metoda)

Těhotenství:

Poučení: údaje o průběhu těhotenství vyplňte **po sloupcích chronologicky** (v časovém sledu) - pořadí těhotenství se zde uvádí latinskými číslicemi ("I." značí první těhotenství, atd.). Vyplňte za všechna, tedy i neúspěšná těhotenství (i údaje o těhotenství samovolně potraceném, zamlklém či ukončeném uměle mají význam). Vyplňte ve sloupci odpovědi na jednotlivé položky – ano, ne, případně odpověď podrobně rozepište.

Těhotenství	I.	II.	III.	IV.	V.
11. Poslední měsíčky (PM), příp. ve kterém roce (a měsíci) jste otěhotněla?					
12. Otcem dítěte je (jméno a příjmení)					
13. Byla jste v době těhotenství nemocná? Jak? V kterém měsíci těhotenství?					
14. Kouřila jste v těhotenství? Kolik cigaret denně?					
15. Požívala jste alkohol? Drogy? Jaké? V jakém množství?					
16. Užívala jste v těhotenství léky? Jaké? V kterém měsíci?					
17. Kolik jste přibrala na váze? (v kg)					
18. Trpěla jste v těhotenství zvracením? V kterém měsíci?					
19. Trpěla jste v těhotenství otoky? Kde (např. dolní končetiny)? V kterém měsíci?					
20. Trpěla jste v těhotenství vysokým krevním tlakem? V kterém měsíci?					
21. Objevila se vám v těhotenství bílkovina v moči? V kterém měsíci?					
cukr v moči? V kterém měsíci?					
22. Krvácela jste , špinila jste během těhotenství? Kdy?					
23. Bylo těhotenství ohroženo potratem? Kdy?					
Ležela jste v nemocnici? Kdy?					

Těhotenství (pokračování)	I.	II.	III.	IV.	V
24. Přišla jste v těhotenství do styku s chemikáliemi, rtg zářením nebo jinými škodlivinami ?					
25. Přišla jste v době těhotenství do styku s domácími zvířaty ? Chováte papoušky, kočky?					
26. Kolik týdnů těhotenství trvalo ?					
27. Datum porodu nebo potratu					
28. Skončilo těhotenství porodem zdravého dítěte? nemocného dítěte? mrtvého dítěte? Skončilo těhotenství potratem umělým nebo samovolným?					
29. Hmotnost (g) a délka (cm) dítěte při narození					
30. Jméno a příjmení dítěte					
31. Adresa zařízení, kde jste porodila nebo potratila:					
32. Jak dlouho trval porod? Byl příliš pomalý? Překotný?					
33. Byl porod samovolný hlavičkou ? nebo koncem pánevním ?					
34. Byl porod císařským řezem ?					
35. Byl porod pomocí kleští ?					
36. Bylo dítě po porodu křišeno ?					
37. Bylo dítě po porodu déle v nemocnici? Kde?					
38. Pokud dítě zemřelo, uved'te datum úmrtí a adresu zařízení, kde zemřelo					

Další důležité údaje (vypište):

Vyplnila:

Vyplnil/a za dítě, za jiného člena rodiny:

Vyplnil za manželku (partnerku):

.....

podpis

V Praze dne:

.....

datum

Údaje kontroloval/aktualizoval lékař:	
datum	jmenovka a podpis

Poznámky: