



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

Ústav biologie a lékařské genetiky – Ambulance lékařské genetiky

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

Formulář | F-UBLG-10-002 | strana 1 z 4 | verze 3

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 jedněch měsíčků 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)
- 12) i dříve snadno? ano – ne
s pomocí metod asistované reprodukce? ano – ne jaké? (např. inseminace, IVF)
- 13) 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.
14. Poslední měsíčky (PM), příp. ve kterém roce (a měsíci) jste otěhotněla?					
15. Otcem dítěte je (jméno a příjmení)					
16. Byla jste v době těhotenství nemocná? Jak? V kterém měsíci těhotenství?					
17. Kouřila jste v těhotenství? Kolik cigaret denně?					
18. Požívala jste alkohol? Drogy? Jaké? V jakém množství?					
19. Užívala jste v těhotenství léky? Jaké? V kterém měsíci?					
20. Kolik jste přibrala na váze? (v kg)					
21. Trpěla jste v těhotenství zvracením? V kterém měsíci?					
22. Trpěla jste v těhotenství otoky? Kde (např. dolní končetiny)? V kterém měsíci?					
23. Trpěla jste v těhotenství vysokým krevním tlakem? V kterém měsíci?					
24. Objevila se vám v těhotenství bílkovina v moči? V kterém měsíci?					
cukr v moči? V kterém měsíci?					
25. Krvácela jste , špinila jste během těhotenství? Kdy?					
26. Bylo těhotenství ohroženo potratem? Kdy?					
27. Ležela jste v nemocnici? Kdy?					

Těhotenství (pokračování)	I.	II.	III.	IV.	V
28. Přišla jste v těhotenství do styku s chemikáliemi, rtg zářením nebo jinými škodlivinami ?					
29. Přišla jste v době těhotenství do styku s domácími zvířaty ? Chováte papoušky, kočky?					
30. Kolik týdnů těhotenství trvalo ?					
31. Datum porodu nebo potratu					
32. Skončilo těhotenství porodem zdravého dítěte? nemocného dítěte? mrtvého dítěte? Skončilo těhotenství potratem umělým nebo samovolným?					
33. Hmotnost (g) a délka (cm) dítěte při narození					
34. Jméno a příjmení dítěte					
35. Adresa zařízení, kde jste porodila nebo potratila:					
36. Jak dlouho trval porod? Byl příliš pomalý? Překotný?					
37. Byl porod samovolný hlavičkou ? nebo koncem pánevním ?					
38. Byl porod císařským řezem ?					
39. Byl porod pomocí kleští ?					
40. Bylo dítě po porodu kříšeno ?					
41. Bylo dítě po porodu déle v nemocnici? Kde?					
42. 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: