



1 Пациентка

Фамилия	Обращение
---------	-----------

Имя (имена)	Дата рождения
-------------	---------------

Адрес

Улица/дом

Индекс	Населенный пункт
--------	------------------

Варианты связи

Телефон

Электронная почта

Профессия

Гинеколог

2 Текущая беременность

1-й день последнего периода	Срок родов	Рост	Вес
-----------------------------	------------	------	-----

Двугодная беременность?

да

нет

если да →

одн
оийцевая

дву
ййцевая

3 Предыдущие беременности

Какая по счету текущая беременность?

Сколько у Вас детей?

В какие годы и на каких неделях беременности Вы рожали?

Год	неделя	Год	неделя	Год	неделя
-----	--------	-----	--------	-----	--------

Информация о скрининге на преэклампсию

(заполняется только в рамках скрининга на преэклампсию)

Вы курите?

да

нет

Страдаете диабетом?

да

нет

Страдаете артериальной гипертензией?

да

нет

Страдаете красной волчанкой?

да

нет

Страдаете антифосфолипидным синдромом?

да

нет

Была ли у Вас преэклампсия во время предыдущих беременностей?

да

нет

Наблюдалось ли нарушение развития Ваших детей во время предыдущих беременностей?

да

нет

Была ли преэклампсия у Вашей матери?

да

нет

Применяли ли Вы искусственное оплодотворение?

да

нет

если да →

экстракорпоральное оплодотворение

интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида

Когда были извлечены яйцеклетки?

дата

Использовались ли Ваши собственные яйцеклетки?

да

нет

