

АНКЕТА ПАЦИЕНТА ПЕРЕД ГЕНЕТИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ/КОНСУЛЬТИРОВАНИЕМ



Microbiome®

Демографические данные

КОД клиента (заполняется сотрудником)

Ф.И.О.

Дата рождения

Возраст (полных лет)

Место рождения

Контактные данные

E-mail (адрес электронной почты)

Адрес фактического проживания

Другие места проживания (страна, область, город)

Контактный телефон

Национальность родственников

Мать

Отец

Бабушка по матери

Бабушка по отцу

Дедушка по матери

Дедушка по отцу

Работа

Работаете ли вы в настоящее время?

Да

Нет

Род деятельности

Профессиональная вредность (какая?)

Нет

Физическая активность

Занимаетесь (занимались) ли спортом (каким?) Нет

Вид спорта

Сколько лет занимаетесь/занимались

Сколько лет занимаетесь/занимались

Если вы профессиональный спортсмен – укажите регулярность тренировок и кол-во часов в неделю

Питание

По привычкам питания вы себя оцениваете как:

Всеядный(ая)

Всеядный(ая),
исключая красное
мясо

Всеядный(ая),
исключая рыбу

Всеядный(ая),
исключая молочные
продукты

Вегетарианец(ка),
но не исключая
рыбу

Вегетарианец(ка),
но не исключая
молочные продукты

Вегетарианец(ка),
но не исключая
молочные
продукты и яйца

Чистый(ая)
вегетарианец(ка)

Курение

Курите ли вы? (Если бросили - укажите когда)

Да Нет Бросил (когда?)

С какого возраста начали курить?

Сколько лет курите/курили?

Сколько сигарет в день (одна пачка, больше одной)?

Алкоголь

Употребляете ли алкогольные напитки?

Да Нет Бросил (когда?)

Как часто употребляете/употребляли?

<input type="checkbox"/> 4 раза в неделю или чаще	<input type="checkbox"/> 2-3 раза в неделю
<input type="checkbox"/> 2-4 раза в месяц	<input type="checkbox"/> 1 раз в месяц
<input type="checkbox"/> Несколько раз в год	<input type="checkbox"/> Меньше, чем один раз в год

Антропометрические данные

Рост стоя (см)

Масса тела (кг)

Избыточный вес

Да (период) Нет

Значительные изменения веса (+/- кг)

Да (разброс) Нет

Изменения отмечались за последние

недель/месяцев/лет

Изменения связаны с

Проводилось ли лечение?

Да (какое) Нет

Придеживались ли вы диеты?

Да (какой) Нет

Артериальное давление

Повышение артериального давления (АД)

Да Нет Не измерял

«Рабочий уровень»

«Максимальный уровень»

Медикамент. коррекция

Да Нет

Достигнут ли эффект?

Да Нет

Костный метаболизм

Наличие переломов

Да Нет

Локализация

В каком возрасте?

Облысение

У женщин

Поредение, выпадение
волос в период менопаузы

После родов

В молодом возрасте

В детском возрасте

У мужчин

В детстве

Алопеция в молодом
возрасте

Алопеция в среднем
и пожилом возрасте

Облысения не наблюдалось

Чем сейчас болеете или болели ранее вы и ваши родители (отмечать +) и прапородители (отмечать кто именно)

Группа Болезней	Болезни	Мои болезни		Болезни родителей и прапородителей	
		Наличие	Время постановки диагноза	Мать или её родители	Отец или его родители
Вирусные	COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Опухоли	Доброкачественные опухоли <input type="text"/> в каком органе	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Злокачественные опухоли <input type="text"/> в каком органе, системе	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Иные опухоли <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Болезни крови и кроветворных органов	Анемия (малокровие)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Лейкоз	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Нарушения свёртывания крови	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Иные <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Нарушения обмена веществ	Сахар. диабет (I или II тип?)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ожирение	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Недостаток массы тела	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Патология щит. железы <input type="text"/> какая?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Психические нарушения	Депрессия	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Синдром тревоги	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Иные <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Болезни уха	Отит (острый или хронический?)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Снижение слуха	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Группа Болезней	Болезни	Мои болезни		Болезни родителей и прародителей	
		Наличие	Время постановки диагноза	Мать или её родители	Отец или его родители
Нервные болезни	Эпилепсия	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Головные боли (более 3-х раз в неделю)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Мигрень	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Нарушение сна	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Боли в спине	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Деминилизация (рассеянный склероз и др.)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Глазные Болезни	Дальнозоркость	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Близорукость	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Конъюнктивит	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Глаукома	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Старческая катаракта	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Болезни сердца и органов кровообр-ия	Гипертоническая болезнь (давление выше 120/80)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Хроническая сердечная недостаточность	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Инфаркт миокарда	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ишемическая болезнь сердца	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Воспаление сердечной мышцы (миокардит)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Нарушения сердечного ритма	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Инсульт	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ревматизм	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Варикозное расширение вен	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Иные (укажите какие)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Группа Болезней	Болезни	Мои болезни		Болезни родителей и прародителей	
		Наличие	Время постановки диагноза	Мать или её родители	Отец или его родители
Болезни Дыхательных Путей	Хронический ринит Аллергический насморк	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Тонзилит (острый или хронический)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Воспаление придаточных пазух носа (укажите синусит, фронтит или гайморит)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Бронхит (острый или хронический)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Воспаление легких	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Хроническая обструктивная болезнь легких (включая бронхиальную астму и хронический обструктивный бронхит)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Туберкулез	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Зубные болезни	Кариес (укажите возраст начала)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Болезни десен	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Разрушение эмали	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Неприживаемость имплантов	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Болезни органов пищеварения	Язвенная болезнь (желудка и/или 12-перстной кишки. Нужно обвести)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Хронический гастрит	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Воспаление поджелудочной железы (панкреатит)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Желчекаменная болезнь	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Грыжа (укажите паховая, пупочная и пр.)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Непереносимость лактозы (молока)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Иные (укажите какие) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Группа Болезней	Болезни	Мои болезни		Болезни родителей и прародителей	
		Наличие	Время постановки диагноза	Мать или её родители	Отец или его родители
Болезни печени	Цирроз, фиброз	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Гепатит, желтуха	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Гепатомегалия	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Гемохроматоз	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Кожные болезни	Гнойные воспаления кожи (пиодермия, абсцесс, фурункулы)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Аллергическое воспаление кожи (укажите тип дерматита и что его вызывает) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Болезни костей и суставов	Хронические болезни суставов <input type="text"/> Укажите какие	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Подагра	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Остеопороз	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Переломы	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Вывихи	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Болезни мочевых органов	Нефрит или пиелонефрит (укажите)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Хронический цистит	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Мочекаменная болезнь	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Аденома предстательной железы	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Доброкачественное новообразование молочной железы (укажите киста или аденома)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Группа Болезней	Болезни	Мои болезни		Болезни родителей и прародителей	
		Наличие	Время постановки диагноза	Мать или её родители	Отец или его родители
Гинекологич. болезни	Проблемы, связанные с беременностью или родами <input type="text" value="Укажите какие"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Гестоз (отеки, повышенное давление, токсикоз)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Предэклампсия	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Невынашивание беременности	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Аntenальная гибель плода	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Внутриутробные инфекции	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Хромосомные аномалии плода	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Миома, мастопатии	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Эндометриоз	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Неудача в ЭКО	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Общая информация

Дополнительная информация об особенностях здоровья братьев, сестер, ближайших родственников (на ваше усмотрение)

Были ли операции? В связи с чем и когда?

 Да Нет

Делали ли общий наркоз?

 Да Нет

Какие лекарства принимаете регулярно?

Переносимость лекарственных препаратов:

 Аллергическая реакция Нет отклонений

На какие лекар. препараты?

Время начала реакции

Препараты, от приема которых нет эффекта

Наличие аллергических реакций

 Нет

Есть ли у вас аллергия на сою и ее продукты?

 Да Нет

Вам переливали кровь и ее препараты

 Да Нет

Сбор биоматериала

Принимали ли вы алкоголь за 72 часа до сбора биоматериала?

Да Нет

Принимали ли вы наркотические средства за 72 часа до сбора биоматериала?

Да Нет

Принимали ли слабительные средства и/или симпатомиметики за 72 часа до сбора биоматериала?

Да (какие) Нет

Принимали ли вы антибиотики за 6 месяцев до сбора биоматериала?

Да (какие) Нет

Принимали ли вы пробиотики или молочнокислые продукты за 24 часа до сбора биоматериала?

Да (какие) Нет

Посещали ли Вы экзотические страны, менее чем за 1 месяц до сбора биоматериала?

Да Нет

Беременности

Были ли вы беременны?

Да Нет

Количество беременностей

В каком возрасте была первая беременность?

Исход беременностей (впишите кол-во)

Дети родились живыми

Внематочные беременности

Мёртворождённые дети

Искусственные прерывания

Самопроизвольные выкидыши

Вы делали искусственные оплодотворения?

Да (сколько?) Нет

Сколько из них с положительным исходом беременности?

Менопауза

Применяли ли вы когда-нибудь гормональные препараты в связи с менопаузой?

Да (в каком возрасте начали?) Нет

Применяете ли вы эти препараты в настоящее время

Да (какой препарат?) Нет

Эффективность от лечения

Да (болезни и лекарства) Нет

Рабочий диагноз

Соглашение на обработку персональных данных

Я согласен (согласна) на обработку персональных данных в научно-исследовательских целях. Результаты исследования могут войти в общую медико-генетическую документацию и быть опубликованы в научной печати, но мое имя (и моих родственников) использоваться не будет. Никакая информация, позволяющая идентифицировать личность, опубликована не будет. В случае моего отказа это никак не отразится на медицинской помощи, которую я буду получать в дальнейшем.

Да Нет

Подпись заказчика