

## Анкета Вашего здоровья

Приложений №1 к амбулаторной карте пациента  
Косметологической клиники ООО «Мед Грация»

Успешность косметологического лечения может зависеть от наличия и степени развития общих заболеваний организма. Вот почему врачу важны сведения о состоянии Вашего здоровья. Они помогут правильно составить план лечения.

Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

ФИО пациента \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_ . Рост \_\_\_\_\_ . Масса тела \_\_\_\_\_ . Возраст \_\_\_\_\_

### Обведите кругом правильный вариант ответа.

Вопросы имеют непосредственное отношение к состоянию Вашей кожи и определяют возможность и надежность проведения косметологических процедур.

<b>ЛИЧНЫЙ АНАМНЕЗ</b>		
Испытываете ли Вы страх перед проведение косметологических процедур?	Да	Нет
Есть ли у Вас неблагоприятный опыт от предыдущих вмешательств?	Да	Нет
Были ли у Вас осложнения после косметологических процедур?	Да	Нет
Были ли когда-нибудь негативные последствия после проведения накожной и инъекционной анестезий?	Да	Нет
<b>ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ</b>		
Сон (8 и более часов)	Да	Нет
Питание (ограничения, диеты)	Да	Нет
Занятие спортом, гимнастики, физическая нагрузка	да	Нет
Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, высокое давление, вибрация и т.д.)	Да	Нет
<b>ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>		
Заболевания сердца, нарушение ритма	Да	Нет
Инфаркт миокарда (в каком году) _____	Да	Нет
Наличие кардиостимулятора	Да	Нет
Заболевания сосудов, варикозная болезнь	Да	Нет
Инсульт (в каком году) _____	Да	Нет
Повышение и понижение артериального давления	Да	Нет
Заболевания бронхолегочной системы (бронхиальная астма, ХОБЛ, пневмония)	Да	Нет
Заболевания желудочно-кишечного тракта	Да	Нет
Заболевания печени	Да	Нет
Заболевания почек	Да	Нет
Заболевания щитовидной, паращитовидной и других желез	Да	Нет
Сахарный диабет	Да	Нет
Травмы, сотрясение головного мозга (в каком году) _____	Да	Нет
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	Да	Нет
Заболевание крови, нарушение свертываемости крови	Да	Нет
Заболевания ЛОР-органов (уха, горла, носа)	Да	Нет
Заболевания глаз, глаукома (повышение внутриглазного давления)	Да	Нет
Заболевания костной системы, суставов	Да	Нет
Заболевания кожи и ногтей	Да	Нет
Инфекционные заболевания: гепатит (А, В, С), ВИЧ, туберкулез, малярия, тиф, другое _____	Да	Нет
Другие заболевания, в том числе онкологические	Да	Нет
Перенесенные операции (какие, в каком году) _____	Да	Нет
<b>ДОПОЛНИТЕЛЬНО</b>		
Часто ли болеете простудными заболеваниями	Да	Нет
Являетесь ли Вы донором	Да	Нет
Проводилось переливание крови. Укажите года: _____	Да	Нет

Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	Да	Нет
Вредные привычки (курение, прием алкоголя, наркотических средств)	Да	Нет
Флюорография легких (ФЛГ) в последний раз проводилась в _____ году	да	Нет
Последнее обследование на ВИЧ и сифилис проводилось в _____ году	Да	Нет
<b>АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ</b>		
Бывает головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов	Да	Нет
○ На местные анестетики	Да	Нет
○ На антибиотики	Да	Нет
○ На препараты йода	Да	Нет
○ На гормональные препараты	Да	Нет
○ На другие лекарственные препараты	Да	Нет
○ На пыльцу и растения, на шерсть животных, химические вещества и др.	Да	Нет
Постоянно принимаю лекарственные препараты _____	Да	Нет
Проводилось ли лечение иных заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы	Да	Нет
Стою на учете в лечебном учреждении _____	Да	Нет
Последнее общемедицинское обследование проводилось в _____ году	Да	Нет
<b>ДЛЯ ПАЦИЕНТОК</b>		
Беременны ли Вы	Да	Нет
Являетесь ли Вы кормящей матерью	Да	Нет
Имеются ли нарушения менструального цикла	Да	Нет
Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты	Да	Нет
Последнее посещение врача-гинеколога в _____ году	Да	Нет

Я в полном объеме предоставил(а) информацию в соответствии с пунктами анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Мне известно, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять.
- Мне известно, что результаты лечения (выполнения работ) зависят от состояния моего здоровья.
- Мне известно, что гарантии на каждую выполненную исполнителем работу будут определяться с учетом моего здоровья.
- Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением врача-косметолога, мне надо сообщать об этом врачу.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ФИО врача-косметолога, ознакомившегося с медицинской анкетой	Дата	Подпись