



**Jméno a příjmení:** .....

**Rodné číslo:** ..... **Zdr. pojišťovna:** .....

## Osobní anamnéza

**Výška:** .....

**Váha:** .....

**Věk:** .....

Vyskytla se u Vás některé z těchto onemocnění?

- |   |                             |                              |              |             |
|---|-----------------------------|------------------------------|--------------|-------------|
| 1. Trombóza                                       | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Ve věku..... |             |
| 2. Tromboflebitida                                | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Ve věku..... |             |
| 3. Cévní mozková příhoda                          | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Ve věku..... |             |
| 4. Srdeční infarkt                                | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Ve věku..... |             |
| 5. Plicní embolie                                 | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Ve věku..... |             |
| 6. Prodělané nádorové onemocnění                  | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Ve věku..... | Jaké .....  |
| 7. Léčíte se v současné době s jiným onemocněním? | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Ve věku..... | Jakým ..... |
8. Jaké užíváte trvale léky? .....
9. Prodělané operace .....

## Gynekologická anamnéza

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 1. Věk první menstruace: .....      | <b>Věk menopauzy:</b> .....  |
| 2. Užíváte hormonální antikoncepci? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne                     |
| 3. Náhradní hormonální terapie?     | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne                     |
| 4. Gravidita                        | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <b>Počet:</b> ..... |
| Porody                              | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <b>Počet:</b> ..... |
| Spontánní Abort                     | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <b>Počet:</b> ..... |
| Umělé přerušování těhotenství       | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <b>Počet:</b> ..... |

### 5. Komplikace v graviditě

- |                                 |                              |                             |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Abrupce placenty                | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| Předčasné porody                | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| Eklampsie                       | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| Preeklampsie                    | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| Úmrtí plodu                     | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| Intrauterinní růstová retardace | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |





## Rodinná anamnéza

Vyskytlo se některé z těchto onemocnění ve Vaší rodině?

- |   |                              |                             |              |          |
|---|------------------------------|-----------------------------|--------------|----------|
| 1. Trombóza – ucpávání cév                              | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne | Ve věku..... | Kdo..... |
| 2. Cévní mozková příhoda                                | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne | Ve věku..... | Kdo..... |
| 3. Srdeční infarkt                                      | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne | Ve věku..... | Kdo..... |
| 4. Plicní embolie                                       | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne | Ve věku..... | Kdo..... |
| 5. Má někdo z Vaší rodiny prokázanou Trombofilní mutaci | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne | Ve věku..... | Kdo..... |

Kdo.....typ mutace .....

6. Vyskytlo se nádorové onemocnění ve Vaší rodině?

(Pokud ano, uveďte u kterého člena rodiny, typ nádorového onemocnění a věk diagnózy)

.....

.....  
**Podpis pacienta**  
(Tímto potvrzuji správnost vyplněných údajů)

