



DOTAZNÍK TROMBOFILNÍ MUTACE



OSOBNÍ DATA

Jméno a příjmení

rodné číslo

zdravotní pojišťovna

email

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Vyskytla se u Vás některé z těchto onemocnění?

1. Trombóza

Ne Ano

Ve věku

2. Tromboflebitida

Ne Ano

Ve věku

3. Cévní mozková příhoda

Ne Ano

Ve věku

4. Srdeční infarkt

Ne Ano

Ve věku

5. Plicní embolie

Ne Ano

Ve věku

6. Prodělané nádorové onemocnění

Ne Ano

Ve věku

Jaké

7. Léčíte se v současné době s jiným onemocněním?

Ne Ano

Ve věku

Jakým

8. Jaké užíváte trvale léky?

9. Prodělané operace

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

1. Věk první menstruace:

Věk menopauzy:

2. Užíváte hormonální antikoncepci?

Ano Ne

3. Náhradní hormonální terapie?

Ano Ne

4. Gravidita

Ano Ne

Počet:

Porody

Ano Ne

Počet:

Spontánní Abort

Ano Ne

Počet:

Umělé přerušování těhotenství

Ano Ne

Počet:

5. Komplikace v graviditě

Abrupce placenty

Ano Ne

Předčasné porody

Ano Ne

Eklampsie

Ano Ne

Preeklampsie

Ano Ne

Úmrtí plodu

Ano Ne

Intrauterinní růstová retardace

Ano Ne

RODINNÁ ANAMNÉZA

Vyskytlo se některé z těchto onemocnění ve Vaší rodině?

1. Trombóza – ucpávání cév Ano Ne
2. Cévní mozková příhoda Ano Ne
3. Srdeční infarkt Ano Ne
4. Plicní embolie Ano Ne
5. Má někdo z Vaší rodiny prokázanou Trombofilní mutaci Ano Ne

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)

