



DOTAZNÍK KE GENETICKÉ KONZULTACI



GHC GENETICS

OSOBNÍ DATA

jméno a příjmení

rodné číslo

věk

zdravotní pojišťovna

e-mail

telefon

zaměstnání (u dětí typ školy)

zdravotní rizika v zaměstnání (chemikálie, radiace)

ne

ano

jaká:

OSOBNÍ ANAMNÉZA

ČÁST SPOLEČNÁ PRO DOSPĚLÉ I DĚTSKÉ PACIENTY

Prodělané choroby v dětství:

běžné

jiné

Onemocnění v dospělosti:

Sledování u odborných lékařů (u kterých):

Operace (jaké a v jakém věku):

Trvale užívané léky:

Zdravotní obtíže související s intolerancí potravin (lepek, laktóza, fruktóza, histamin):

ne

ano

Kouření:

Ne

Ano

Konzumace alkoholu:

Ne

Ano, příležitostně

Ano, denně

Jiné návykové látky:

Ne

Ano jaké

OSOBNÍ ANAMNÉZA

ČÁST POUZE PRO ŽENY A DÍVKY

Věk první menstruace: _____ let

Cyklus: Pravidelný Nepravidelný

Věk menopauzy: _____ let

Užíváte/užívala jste antikoncepci?

Hormonální Ne Ano jakou a jak dlouho: _____

Nitrodělní tělíčko Ne Ano typ tělíška a jak dlouho: _____

Trpíte často gynekologickými obtížemi (záněty, výtoky, cysty a jiné)

Ne Ano jakými: _____

Prodělala jste gynekologickou operaci?

Ne Ano jakou: _____

V jakém věku: _____

Vyskytlo se u Vás nádorové onemocnění prsu?

Ne Ano

V jakém věku: _____

Jednostranné Oboustranné

Histologický typ: _____

Vyskytlo se u Vás nádorové onemocnění vaječníků?

Ne Ano

V jakém věku: _____

Jednostranné Oboustranné

Histologický typ: _____

Vyskytlo se u Vás jiné nádorové onemocnění ?

Ne Ano

V jakém věku: _____

Jaké: _____

OSOBNÍ ANAMNÉZA

TĚHOTENSTVÍ

Otěhotněla jste spontánně? Ne Ano kolikrát:

S pomocí metod asistované reprodukce? Ano metoda a kolikrát:

Komplikace v těhotenství:

Krvácení Ne Ano v týdnu, kolikátého těhotenství

Předčasný porod Ne Ano v týdnu, kolikátého těhotenství

Vysoký krevní tlak Ne Ano v týdnu, kolikátého těhotenství

Těhotenská cukrovka Ne Ano v týdnu, kolikátého těhotenství

Úmrtí plodu Ne Ano v týdnu, kolikátého těhotenství

Zpomalený růst plodu Ne Ano

Počet porodů a roky:

Spontánní potraty: Ne Ano počet:

V jakém týdnu těhotenství:

V kolika letech:

Umělé přerušování těhotenství: Ne Ano na vlastní žádost

Ano z lékařské indikace

OSOBNÍ ANAMNÉZA

ČÁST POUZE PRO MUŽE

Záněty varlat a urogenitálního traktu:

Ne

Ano

jaké:

V jakém věku:

Nádory varlat a urogenitálního traktu

Ne

Ano

jaké:

V jakém věku:

Úrazy varlat:

Ne

Ano

jaké:

V jakém věku

Operace varlat a urogenitálního traktu:

Ne

Ano

jaké:

V jakém věku:

Spermiogram:

Nevyšetřen

Vyšetřen

s jakým výsledkem:

Kdy:

Vyskytlo se u Vás nádorové onemocnění ?

Ne

Ano

V jakém věku:

Jaké:

OSOBNÍ ANAMNÉZA

ČÁST PRO DĚTSKÉ PACIENTY

z kolikátého těhotenství:

bez komplikací

rizikového

porodní délka

(cm) a váha

(g):

poporodní komplikace:

ne

ano

jaké:

případné vrozené vady:

ne

ano

jaké:

Výška:

cm

Váha:

kg

RODINNÁ ANAMNÉZA

Vyplňte prosím údaje o Vašich rodinných příbuzných (onkologická onemocnění, jiná závažná onemocnění nebo vrozené vývojové vady)

RODIČE

Jméno a příjmení	Rok narození	Typ onemocnění	Věk diagnózy	Věk úmrtí

RODINA MATKY

Jméno a příjmení	Rok narození	Typ onemocnění	Věk diagnózy	Věk úmrtí
Matka matky				
Otec matky				
Sourozenci matky				

RODINA OTCE

Jméno a příjmení	Rok narození	Typ onemocnění	Věk diagnózy	Věk úmrtí
Matka otce				
Otec otce				
Sourozenci otce				

RODINNÁ ANAMNÉZA

SOUROZENCI

U nevlastních sourozenců uveďte, zda je společná matka nebo otec.

Jméno a příjmení	Rok narození	Typ onemocnění	Věk diagnózy	Věk úmrtí

DĚTI

Jméno a příjmení	Rok narození	Typ onemocnění	Věk diagnózy	Věk úmrtí

VYSKYTLA SE ZÁVÁŽNÉ ONEMOCNĚNÍ U JINÉHO PŘÍBUZNÉHO VE VAŠÍ V RODINĚ?

Ne Ano: doplňte u koho a jaké

Jméno a příjmení	Rok narození	Příbuzenský vztah	Typ onemocnění	Věk diagnózy	Věk úmrtí

Datum vyplnění:

Podpis vyšetřované osoby
(zákonného zástupce)

Jméno zák. zástupce

Vztah k vyšetřované osobě

