



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

2. Tromboflebitida

Ne Ano

3. Cévní mozková příhoda

Ne Ano

4. Srdeční infarkt

Ne Ano

5. Plicní embolie

Ne Ano

6. Prodělané nádorové onemocnění

Ne Ano

7. Léčíte se v současné době s jiným onemocněním?

Ne Ano

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

Porody

Ano Ne

Spontánní Abort

Ano Ne

Umělé přerušování těhotenství

Ano Ne

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)

