



Genetická konzultace - žena

Tento dotazník slouží jako **podklad pro genetickou konzultaci**.
Pomáhá lékaři lépe porozumět Vaší osobní a rodinné anamnéze.

- Pokud se Vás některá otázka **netýká** nebo si **nejste jistí**, ponechte ji **prázdnou** nebo **uved'te orientační údaj**.
- Vyplnění dotazníku **obvykle trvá 20 minut**.
- **Email a telefonní číslo jsou povinné údaje** – slouží k zaslání výsledků nebo k telefonickému kontaktu.

Ke genetické konzultaci si prosím přineste poslední dostupnou lékařskou zprávu od Vašeho ošetřujícího lékaře.

Základní identifikační údaje

Jméno a příjmení:

Věk:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

E-mail:

Telefonní číslo:

Zaměstnání:

Zdravotní rizika v zaměstnání:

Např. chemikálie, radiace, apod.

☐ Ne ☐ Ano, jaká:

Osobní anamnéza (1/2)

Choroby prodělané v dětství:

☐ Běžné ☐ Jiné, jaké:

Onemocnění v dospělosti:

Uved'te zejména závažná onemocnění včetně vašeho věku při stanovení diagnózy.

Sledování u odborných lékařů (u kterých):

Osobní anamnéza (2/2)

Operace (jaké a v jakém věku):

Trvale užívané léky:

Alergie:

Kouření:

☐ Ne ☐ Ne, ale dříve jsem kouřila, kolik denně: _____ jak dlouho: _____

Ano, kolik denně: jak dlouho:

Alkohol:

☐ Ne ☐ Příležitostně ☐ Denně, jaký alkohol: _____ kolik: _____

Jiné návykové látky:

☐ Ne ☐ Ano, jaké:

Gynekologická anamnéza

Věk první menstruace:

Věk menopauzy:

Menstruační cyklus:

☐ Pravidelný ☐ Nepravidelný

Hormonální antikoncepce / hormon substituční terapie:

V minulosti i současnosti.

☐ Ne ☐ Ano, jaká: _____ jak dlouho: _____

Nitroděložní tělísko:

V minulosti i současnosti.

☐ Ne ☐ Ano, jaké: _____ jak dlouho: _____

Gynekologické operace (jaké a v jakém věku):

Těhotenství a porody

Počet těhotenství:
Spontánně:
S pomocí metod asistované reprodukce (IVF): počet hormonálních cyklů:

Počet porodů:
Uved'te kalendářní rok porodu a způsob porodu (přirozenou cestou / císařským řezem).
.....
.....
.....

Komplikace porodu:
Předčasný porod: ☐ Ne ☐ Ano, týden těhotenství: kolikátého těhotenství:
Úmrtí plodu: ☐ Ne ☐ Ano, týden těhotenství: kolikátého těhotenství:
Zpomalení růstu plodu: ☐ Ne ☐ Ano, týden těhotenství: kolikátého těhotenství:

Počet spontánních potratů:
Uved'te týden těhotenství a Váš věk v době ztráty těhotenství.
.....
.....

Počet uměle přerušovaných těhotenství (UPT):
Na vlastní žádost: Z lékařké indikace:

Rodinná anamnéza (1/2)

Vypište prosím údaje o všech Vašich rodinných příbuzných, i zdravých (zejména uveďte onkologická onemocnění, jiná závažná onemocnění nebo vrozené vývojové vady). U nevlastních sourozenců uveďte, zda je společná matka nebo otec.

Byl někdo z Vaší rodiny geneticky vyšetřen?

Pokud ano, uveďte kdo, kde a výsledek vyšetření. Zprávu, pokud možno, přineste prosím s sebou.

Jméno a příjmení	Narození (rok)	Závažná onemocnění	Věk diagnózy	Úmrtí (věk)
Rodina z matčiny strany				
Matka:				
Matka matky:				
Otec matky:				
Sourozenci matky:				
Rodina z otcovy strany				
Otec:				
Matka otce:				
Otec otce:				
Sourozenci otce:				

Rodinná anamnéza (2/2)

Jméno a příjmení	Narození (rok)	Závažná onemocnění	Věk diagnózy	Úmrtí (věk)
Sourozenci (vlastní / nevlastní)				
Děti				
Další rodinní příslušníci (bratřenci, sestřenice, ...), pokud je anamnéza relevantní				

Závěr

Datum vyplnění:

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce):

Jméno zákonného zástupce:

Vztah k vyšetřované osobě: