

štítek pacienta	razítko pracoviště	Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Havlíčkovo nábřeží 600 762 75 Zlín, IČ: 27661989
ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK		Účinnost od 4/2022 verze č. 02

Vážená paní,

velice nás těší, že jste se dostavila na screening/jiné vyšetření do naší ambulance Centra fetální medicíny (známé také pod zkráceným označením Oscar).

Pro zlepšení kvality zdravotní péče jsme pro Vás připravili následující anamnestický dotazník, který napomáhá ke snadnějšímu a rychlejšímu získání informací od pacientek nutných k poskytování souvisejících zdravotních služeb.

1. Jméno, příjmení, titul:
2. Datum narození:
3. Národnost:
4. Adresa PSČ:
5. Váš mobilní telefon.....
6. Váš obvodní gynekolog.....
7. Kolik měříte? cm; Kolik vážíte? kg
8. Po kolikáté jste těhotná?
.....
9. Kolikrát jste rodila? (máte za sebou samovolný potrat, umělé přerušení těhotenství či mimoděložní těhotenství?)
.....
.....
.....
10. Je toto těhotenství spontánní cestou?
ANO NE
Pokud NE:
- Kde bylo provedeno IVF?
.....
- Kdy bylo zavedeno embryo? (Kolikadenní embryo bylo zavedeno?)
.....
- Bylo vajíčko darované nebo vlastní?
.....
- Pokud bylo darované: Jaký byl věk dárkyně?

Bylo vajíčko čerstvé nebo zamražené?

Pokud bylo zamražené: Jaké je datum zamražení:

11. Celé datum posledního porodu.

.....

12. Rodila jste spontánně nebo císařským řezem? Byl tento porod v termínu?

.....

13. Jakou mělo Vaše dítě porodní váhu?

.....

14. Léčíte se s něčím? Užíváte dlouhodobě nějaké léky?

.....

.....

15. Jste sledována v nějaké specializované ambulanci?

.....

16. Objevily se ve Vaší rodině nebo v rodině otce dítěte (u sourozenců, rodičů apod.) závažná onemocnění? (vrozená, chronická či dědičná onemocnění jako např. vysoký krevní tlak, nádorová onemocnění, rozštěpové vady...)

.....

.....

.....

17. Neměla jste v předchozím těhotenství vysoký krevní tlak? Neměla potíže s tlakem v těhotenství Vaše maminka nebo sestra?

.....

18. Jste kuřačka?

ANO

NE

Pokud ANO:

Počet cigaret před těhotenstvím: /denně

Počet cigaret nyní v těhotenství: /denně

Ve Zlíně dne

.....

podpis pacientky

Děkujeme za vyplnění tohoto dotazníku.