

.....
Vaše jméno a příjmení

.....
Datum vyplnění

Měsíčky:

1. V kolika letech jste měla měsíčky poprvé?	
2. Kolik dní trvá cyklus?	
3. Kolik dní trvají měsíčky?	
4. Máte při menses obtíže? Jaké?	
5. Je Váš menstruační cyklus vždy nebo téměř vždy pravidelný?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
6. Je doba trvání menses různá?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
7. Je krvácení přibližně stejně silné?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
8. Užívala jste nějaké léky k úpravě cyklu?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
9. Byla jste léčena pro záněty vaječníků nebo výtoky?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
10. Prodělala jste operaci ženských orgánů?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
11. Užívala jste antikoncepci?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
	Ve kterých letech? Jak dlouho?	
- hormonální	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
- tělísko	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
- jinou	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
12. Otěhotníte snadno?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE

Těhotenství:		I.	II.	III.	IV.	V.
13.	Ve kterém roce (a měsíci) jste otěhotněla?					
14.	Otcem dítěte je (jméno):					
15.	Byla jste v těhotenství nemocná? Ve kterém měsíci?					
16.	Utrpěla jste v těhotenství úraz? Jaký? Kdy?					
17.	Prožila jste v těhotenství duševní otřes? Jaký? Kdy?					
18.	Kouřila jste v těhotenství? Kolik cigaret denně?					
19.	Požívala jste alkohol (pivo, víno, koncentráty)? V jakém množství?					
20.	Užívala jste v těhotenství léky? Jaké? Na lékařský předpis? Ve kterém měsíci?					
21.	Byla jste na RTG vyšetření? Proč a ve kterém měsíci?					
22.	Byla jste očkovaná během těhotenství nebo krátce před ním? Kdy? Proti čemu?					
23.	Kolik jste přibrala na hmotnosti?					
24.	Trpěla jste v těhotenství zvracením? Ve kterém měsíci?					
25.	Trpěla jste v těhotenství otoky? Ve kterém měsíci?					

Těhotenství:	I.	II.	III.	IV.	V.
26. Trpěla jste v těhotenství vysokým krevním tlakem krve? Ve kterém měsíci?					
27. Objevila se Vám v těhotenství bílkovina nebo cukr v moči? Ve kterém měsíci?					
28. Trpěla jste v těhotenství křečemi? Ve kterém měsíci?					
29. Krvácela jste během těhotenství? Kdy?					
30. Bylo Vaše těhotenství ohroženo potratem? Byla jste v nemocnici? Ve kterém měsíci?					
31. Dostala jste někdy transfuzi krve? Kdy?					
32. Bydliště v době těhotenství (změny včetně dovolené):					
33. Byla jste v době těhotenství zaměstnána? Kde?					
34. Přijdete v zaměstnání do styku s jedy, prášky, barvami, hnojivy, rozpouštědly, apod.?					
35. Přišla jste v době těhotenství do styku s domácími zvířaty? Kdy? S jakými?					
36. Jak dlouho těhotenství trvalo?					
37. Skončilo těhotenství porodem mrtvého dítěte? Porodem nemocného nebo zdravého dítěte? Potratem?					
38. Datum porodu nebo potratu:					

Těhotenství:	I.	II.	III.	IV.	V.
39. Hmotnost a délka dítěte po porodu:					
40. Jméno dítěte:					
41. Adresa ústavu, kde jste porodila nebo potratila:					
42. Jak dlouho trval porod? Pomalý? Rychlý?					
43. Byl to porod hlavičkou nebo koncem pánevním?					
44. Byl porod císařským řezem?					
45. Byl porod pomocí kleští?					
46. Bylo dítě po porodu kříšeno?					
47. Kojila jste bez přikrmování?					
48. V kolika měsících jste přestala zcela kojit?					
49. Bylo dítě po porodu déle v nemocnici? Ve které?					
50. Zemřelo dítě? Datum úmrtí?					
51. Adresa ústavu, kde dítě zemřelo:					

Podpis: