

АНКЕТА ПЕРЕД ИССЛЕДОВАНИЕМ МИКРОБИОМА/КОНСУЛЬТИРОВАНИЕМ № _____

Фамилия пациента

Имя пациента

Отчество пациента

E-mail пациента

Дата рождения пациента

Телефон пациента

Дата взятия образца

Тип образца: каловые массы ☐ уrogenитальный мазок ☐ другое (указать) _____

Направившее учреждение

Фамилия врача

И.О. врача

Телефон врача

Место настоящего/фактического проживания
(с _____ года)

РАБОТА. Род деятельности

Проф. вредность: ☐ да ☐ нет какая _____

ПИТАНИЕ

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ всеядный(ая) | ☐ вегетарианец(ка), но не исключаю рыбу | ☐ веган |
| ☐ всеядный(ая), исключая т.н. красное мясо | ☐ вегетарианец(ка), но не исключаю молочные продукты | ☐ исключаю молочные продукты |
| ☐ всеядный(ая), исключая рыбу | ☐ вегетарианец(ка), но не исключаю молочные продукты и яйца | ☐ безглютеновая диета |
| ☐ кето-диета | ☐ Low Foodmap | ☐ Другая диета: указать какая _____ |

КУРИТЕ ЛИ ВЫ: ☐ да ☐ нет
бросил(а), укажите, когда _____

АЛКОГОЛЬ. Употребляете ли алкогольные напитки: ☐ да ☐ нет
как часто _____

ВИРУСНАЯ НАГРУЗКА:

Болели ли Вы Туберкулезом: ☐ нет / ☐ да / ☐ не знаю

Болели ли Вы ВИЧ: ☐ нет / ☐ да / ☐ не знаю

Болели ли Вы Гепатит: ☐ нет / ☐ не знаю / ☐ да,

если да, то какой: ☐ А, ☐ В, ☐ С, ☐ D, ☐ не вирусный

Болели ли Вы COVID-19: ☐ нет / ☐ не знаю / ☐ да **Степень тяжести

☐ Без симптомов

☐ Легкая степень (кашель, отсутствие вкуса и обоняния, температура)

☐ Средняя степень (пневмония, без госпитализации)

☐ Тяжелая степени (пневмония, с госпитализацией)

☐ Очень тяжелая степень (реанимация, ИВЛ)

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Рост (см) Масса тела (кг) Значительные изменения веса на + _____ кг / - _____ кг отмечались за последние _____ недель/месяцев/лет (нужное подчеркнуть), связаны с _____

Принимаете ли Вы лекарственные препараты: ☐ нет / ☐ да,

какие: _____

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Занимаетесь или занимались ли Вы спортом: ☐ нет / ☐ да, каким: _____

Жалобы на данный момент

ОТВЕТЕТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ЧЕМ ВЫ БОЛЕЕТЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИЛИ БОЛЕЛИ РАНЕЕ (ОТМЕЧАТЬ +):

Группа болезней	Болезни	Мои болезни (указать время постановки диагноза)
Опухоли	Доброкачественные опухоли (укажите в каком органе)	
	Злокачественные опухоли (в каком органе, системе)	
Болезни крови	Анемия (малокровие)	
	Лейкоз	
	Нарушения свёртывания крови/Тромбофилия/Гемофилия	
Нарушения обмена веществ	Сахарный диабет (укажите I или II тип)	
	Патология щитовидной железы (укажите какая)	
	Ожирение	
	Недостаток массы тела	
Психические нарушения	Депрессия/ Синдром тревоги/	
	Иные (укажите какие)	
Нервные болезни	Эпилепсия	
	Головные боли/ Мигрень (более 3-х раз в неделю)	
	Боли в спине/ Заболевания позвоночника	
	Нарушение сна	
	Деминилизация (Паркинсонизм, рассеянный склероз и др)	
Болезни сердца и органов кровообращения	Гипертоническая болезнь (давление выше 120/80)	
	Хроническая сердечная недостаточность/Аритмия (отметить)	
	Воспаление сердечной мышцы (миокардит)	
	ИБС/Инфаркт/Инсульт (отметить)	
	Варикозное расширение вен/Тромбоз (отметить)	
	Ревматизм	
Болезни дыхательных путей	Хронический/аллергический ринит	
	Тонзилит (острый или хронический)/ Гайморит(отметить)	
	Бронхит (острый или хронический)/Пневмония (отметить)	
	ХОБЛ (включая бронхиальную астму и хронический обструктивный бронхит)	
Стоматология	Кариес	
	Болезни десен (гингивит, пародонтит, пародонтоз)	
Болезни органов пищеварения	Язвенная болезнь (укажите желудка и/или двенадцатиперстной кишки)	
	Хронический гастрит	
	Воспаление поджелудочной железы (панкреатит)	
	Желчекаменная болезнь	
	Непереносимость глютена	
	Непереносимость лактозы (молока)	
	Язвенный колит	
	Болезнь Крона	
	СРК (синдром раздраженного кишечника)	
	Синдром Жильбера	
	Расстройство стула (склонность к запорам, диареи) (укажите)	

Болезни печени	Цирроз, фиброз (отметить)	
	Гемохроматоз	
	Гепатомегалия	
Кожные болезни	Гнойные воспаления кожи	
	Аллергическое воспаление кожи	
	Акне (угревая сыпь)	
	Псориаз	
Болезни костей и суставов	Хронические болезни суставов (укажите ревматоидный артрит, артроз и пр.)	
	Болезни межпозвоночных дисков (остеохондроз)	
	Подагра	
	Остеопороз	
	Переломы/ Вывихи	
Болезни мочеполовых органов	Нефрит или пиелонефрит (укажите)	
	Хронический цистит	
	Мочекаменная болезнь	
	Патология шейки матки/ВПЧ	
Гинекологические болезни	Миома, мастопатии	
	Эндометриоз	
	Кандидоз	
	Вагиноз	
Мужское здоровье	Простатит	
	Аденома предстательной железы	

Дополнительная информация об особенностях здоровья братьев, сестер, ближайших родственников на Ваше усмотрение

Была ли кишечная инфекция или расстройство пищеварения в ближайшее время и когда? Какие медикаменты принимали?

Принимали ли Вы алкоголь/наркотические вещества за 72 часа до сбора биоматериала? ☐ нет / ☐ да

Принимали ли Вы медикаменты из групп: слабительные средства и/или симпатомиметики за 72 часа до сбора биоматериала?

Если да, то какие? ☐ нет / ☐ да

Принимали ли Вы антибиотики за 6 месяцев до сбора биоматериала?

Если да, то какие? ☐ нет / ☐ да

Принимали ли Вы пробиотики или молочнокислые продукты за 24 часа до сбора биоматериала?

Если да, то какие? ☐ нет / ☐ да

Посещали ли Вы экзотические страны, менее чем за 1 месяц до сбора биоматериала? ☐ нет / ☐ да

Я согласен (согласна) на обработку персональных данных в научно- исследовательских целях. Результаты исследования могут войти в общую медико-генетическую документацию и быть опубликованы в научной печати, но мое имя (и моих родственников) использоваться не будет. Никакая информация, позволяющая идентифицировать личность, опубликована не будет. В случае моего отказа это никак не отразится на медицинской помощи, которую я буду получать в дальнейшем.

☐ нет / ☐ да

Заказчик _____ / _____ /