

АНКЕТА-НАПРАВЛЕНИЕ ПЕРЕД ИССЛЕДОВАНИЕМ «МИКРОБИОМ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА»

Фамилия пациента

Имя пациента

Отчество пациента

E-mail пациента

Направившее учреждение

Фамилия врача

И.О. врача

Дата рождения пациента

Телефон пациента

Дата взятия образца

Телефон врача

Место настоящего/фактического проживания
(с _____ года)

Тип образца (локализация): ☐ влагалище ☐ цервикальный канал ☐ эндометрий ☐ уретра

ВИРУСНАЯ НАГРУЗКА:

Болели ли Вы вирусами группы герпес: ☐ нет / ☐ не знаю / ☐ да, если да, то какой

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

Болели ли Вы ВПЧ: ☐ нет / ☐ не знаю / ☐ да, если да, то какой

Болели ли Вы COVID-19: ☐ нет / ☐ не знаю / ☐ да* (* Вакцинация против COVID-19: ☐ нет / ☐ да)

Болели ли Вы ЗППП: ☐ нет / ☐ не знаю / ☐ да, если да, то какой

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

Практикуете ли Вы оральный секс:

☐ нет / ☐ да, анальный секс: ☐ нет / ☐ да

Используете ли Вы ежедневные прокладки: ☐ нет / ☐ да

Контрацепция: ☐ Презервативы ☐ КОК другое : _____

Последний половой акт был: _____

Жалобы на данный момент:

Группа болезней	Болезни	Мои болезни (указать время постановки диагноза)
Опухоли	Доброкачественные опухоли (укажите в каком органе)	
	Злокачественные опухоли (в каком органе, системе)	
Нарушения обмена веществ	Сахарный диабет (укажите I или II тип)	
	Патология щитовидной железы (укажите какая)	
	Ожирение	
	Недостаток массы тела	
Стоматология	Кариес	
	Болезни десен (гингивит, пародонтит, пародонтоз)	
Болезни мочеполовых органов	Нефрит или пиелонефрит (укажите)	
	Хронический цистит	
	Мочекаменная болезнь	
Гинекологические болезни	Патология шейки матки	
	Миома, мастопатии	
	Эндометриоз	
	Кандидоз	
	Вагиноз	

Была ли инфекция в ближайшее время? Какие медикаменты принимали?

Принимали ли Вы антибиотики за 6 месяцев 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 _____ / _____ / _____