

Будь ласка, заповніть дані мовою / польським або англійським алфавітом

АНКЕТА ПАЦІЄНТА

Прохання відповісти на кожне питання у цій формі (із позначкою (*) не обов'язкове). Для нас важливо отримати найточнішу інформацію про минуле пацієнта, його історію хвороби, репродуктивну історію, а також плани та очікування на майбутнє, щоб найкращим чином допомогти пацієнту. Отримані дані будуть використані для подальших наукових досліджень.

| | |
|---|---|
| Ім'я та прізвище <input type="text"/> | Ім'я партнерки (*) <input type="text"/> |
| Вік <input type="text"/> Освіта <input type="text"/> | Вік <input type="text"/> Освіта <input type="text"/> |
| Професія <input type="text"/> | Професія <input type="text"/> |
| Подружжя <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Інше <input type="text"/> | Подружжя <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Інше <input type="text"/> |
| Стаж відносин <input type="text"/> Чи вважаєте ви, що це постійні стосунки? <input type="checkbox"/> Т <input type="checkbox"/> Н | |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Вік дитини | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Стать (Жінка/Чоловік) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Наші/Моє/її/Всиновлена | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Живе зі мною (так/ні) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Чи хочете ви мати більше дітей у майбутньому? (так/ ні/ не знаю) Т Н ?

Чи розглядали б ви можливість усиновлення, якби вирішили мати ще дітей? Т Н

Як давно ви розглядаєте можливість вазектомії?

Чи розглядали ви перев'язку труб як альтернативний метод контрацепції? Т Н

Чи розглядали ви тимчасові методи контрацепції (презервативи, діафрагми)? Т Н

Позначте ваші поточні методи контрацепції. Виділіть інші, які ви використовували до цього часу:

Поміркованість Жодні Презервативи Мембрана ВМС Протизаплідні таблетки Пластири

Ін'єкції контрацептивів Інші

Чи заважає вазектомія сповідувати вашу віру? Т Н

Чи є у вас або вашого партнера якісь сексуальні проблеми або занепокоєння? Т Н

Чи обираєте ви вазектомію через генетичну хворобу заради вашого здоров'я Т Н

заради здоров'я вашої дружини Т Н

Як ви оцінюєте свій поточний стан здоров'я? (Добре / Середньо / Погано) Д С П

Ви пережили психічне захворювання або депресію? (*) Т Н

Чи вважаєте ви, що ваш організм більш чутливий до болю, ніж середньостатистичної людини? Т Н

Ви схильні до непритомності? Т Н

Чи схильні ви або хтось у вашій родині до кровотеч або розладів? Т Н

Чи були у вас захворювання нирок або порушення їх функцій? Т Н

Чи хворіли ви на простатит, епідидиміт, гонорею, хламідіоз, гепатит або СНІД? Т Н

Чи були у вас коли-небудь грижа, інфекція, рак або аномалії мошонки чи яєчок? Т Н

Чи були у вас коли-небудь серйозні травми або операції на мошонці або яєчках? Т Н

Перерахуйте всі операції, які ви перенесли

Чи були у вас ускладнення, надмірний біль або кровотеча після процедури? Т Н

Перерахуйте всі ліки, які ви приймали протягом останніх двох тижнів

Чи приймали ви аспірин або продукти, що його містять, протягом останніх 5 днів? Т Н

Перерахуйте всі алергії на ліки, препарати або анестетики (якщо вони у вас є, якщо ні - залиште поле пустим)

Перерахуйте всі серйозні захворювання, які ви перенесли

Дата і підпис пацієнта