



2 (3)

Болезни родителей М = мать Р = отец			М	Р		М
	1 диабет					15 мочеполовая инфекция
2 гипертония/гипотония					16 заболевание щитовидной железы	
3 аллергия					17 ревматизм	
4 болезни почек					18 операции	
5 болезни сердца					19 ветряная оспа	
6 болезни печени					20 краснуха	
7 болезни легких					21 переливание крови	
8 эпилепсия					Заболевания половых органов:	
9 неврологические болезни					22 операции	
10 психические болезни					23 опухоли	
11 врожденное уродство					24 бесплодие	
12 инвалидность/нарушения органов чувств					25 гормональное лечение	
13 генитальный герпес					26 венерические заболевания	
14 другое					27 другое	
Доп. информация о заболеваниях матери и лечении						
Лекарства						
Заболевания родственников (уродство, наследственные заболевания)						
Принимал ли отец участие в родах?						

3 (3)

Данные о матери и беременности в данный момент	дата последней менструации	менструационный цикл <b>Регулярный</b> <b>Нерегулярный</b>			дата последнего анализа Мазок Папаниколау			
	рост и вес до беременности  <b>cm</b> <b>kg</b>	Какие противозачаточные средства вы использовали до беременности			Когда вы закончили применять противозачаточные средства?			
	Было ли лечение от бесплодия до беременности? Какое?							
Тесты на беременность	дата							
	дата							
	дата							
Вредные привычки <b>М = мать</b> <b>Р = отец</b>	<b>До беременности</b>			<b>При беременности</b>			занятия физкультурой	
	курение	алкоголь	наркотики: употреблял/пробовал	курение	алкоголь	наркотики: употреблял/пробовал		
	<b>М/Р</b>	<b>М/Р</b>	<b>М /Р</b>	<b>М/Р</b>	<b>М/Р</b>	<b>М/Р</b>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>Кол-во/за сутки</b>	<b>Кол-во/за нед.</b>		<b>Кол-во/за сутки</b>	<b>Кол-во/за нед.</b>				
Курите ли вы каждый день? <b>Нет</b> <b>Да</b>			Курите ли вы каждый день? <b>Нет</b> <b>Да</b>					
Питание	<b>Обычное</b>			<b>Диета (какая)</b>				