

Просим заполнить обе стороны

Дата: _____ Дата рождения: _____ Возраст: _____ Имя: _____

Предпочитаемый пол:

 Мужской Женский Другой: _____ Предпочитаемое имя: _____

Предпочитаемое местоимение: _____

****Принесите с собой документы о прививках, мы сделаем их копии. *******Попросите своего врача ответить на все ваши вопросы*****Персональный медицинский анамнез**

- Да Нет Имеются ли у вас какие-либо конкретные причины для беспокойства в настоящее время? Если: _____
- Да Нет Имеются ли у вас какие-либо серьезные заболевания (такие как астма, диабет и т.д.)? Если да, то какие? _____
- Да Нет Принимаете ли вы какие-нибудь лекарства (ежедневно или по необходимости)? Какие? _____
- Да Нет Принимаете ли вы какие-либо витамины, добавки, "альтернативные" лекарства или терапевтические средства? Какие? _____
- Да Нет Наблюдается ли у вас какая-нибудь реакция на лекарства или прививки? Если да, поясните: _____
- Да Нет Делались ли вам какие-либо операции, проводили ли вы ночь в больнице? Если да поясните: _____

Семейный анамнез Неизвестен/Усыновление

Отметьте все следующие проблемы, которые имелись у ваших бабушек и дедушек, родителей, сестёр, или братьев и укажите, у кого именно

Кто?

Кто?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Заболевание крови: _____ | <input type="checkbox"/> Сердечный приступ: _____ |
| <input type="checkbox"/> Депрессия: _____ | <input type="checkbox"/> Лишний вес: _____ |
| <input type="checkbox"/> Высокое кровяное давление: _____ | <input type="checkbox"/> Алкоголизм: _____ |
| <input type="checkbox"/> Высокий уровень холестерина: _____ | <input type="checkbox"/> Физическое насилие: _____ |
| <input type="checkbox"/> Самоубийство: _____ | <input type="checkbox"/> Астма: _____ |
| <input type="checkbox"/> Жестокое обращение с детьми: _____ | <input type="checkbox"/> Конвульсии: _____ |
| <input type="checkbox"/> Аллергия: _____ | <input type="checkbox"/> Туберкулёз: _____ |
| <input type="checkbox"/> Рак: _____ | <input type="checkbox"/> Наркозависимость: _____ |
| <input type="checkbox"/> Диабет: _____ | <input type="checkbox"/> Сексуальное насилие: _____ |

Профилактическая медицинская помощь

Да Нет

- Вы курите, употребляете табачные изделия, нюхательный табак или бездымные изделия (электронные сигареты)? Если да, то какие и как часто? _____
- Пользуетесь ли вы ремнём безопасности в машине?
- Всегда ли вы надеваете шлем, катаясь на велосипеде, скейтборде, лыжах и т.д.?
- Имеется ли в вашем доме пожарная сигнализация, огнетушители и сигнализация угарного газа?

(на обороте)

Профилактическая медицинская помощь (продолжение)

Да Нет

- Живёте ли вы вместе с курящим человеком? С кем? _____
- Имеется ли у вас какой-нибудь экран (компьютер, планшет, телефон, ТВ и т.д.) в спальне?
- Наблюдались ли вы у стоматолога за последние 6 месяцев?
- Чистите ли вы зубы ежедневно?
- Находились ли вы в тесном контакте с человеком, больным туберкулёзом или подвергающимся риску туберкулёза (жившим в развивающейся стране, находившемся в специальном учреждении, бездомным, употребляющим внутривенный наркотик, имеющим положительную реакцию на ВИЧ)?

Образование

Где вы учитесь? _____ В каком вы классе? _____

Какие у вас средние отметки? _____

 Да Нет Имеется ли у вас План индивидуального обучения (Individualized Education Plan, IEP)/504?**Социальные аспекты**

Да Нет

- Попадали ли вы за последние 12 месяцев в ситуации, где имели место угрозы, толчки, хватание, удары, пинки, поломка вещей или иное причинение вреда?
- Подвергались ли вы за последние 12 месяцев некомфортным прикосновениям? Насильственным сексуальным контактам?
- С кем вы живёте? _____
- Передавали ли вас когда-либо на патронатное воспитание?

Обзор систем (Имеются ли у вас В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ какие-нибудь проблемы, которые вы хотели бы обсудить сегодня)?

Да Нет

Какие?

Да Нет

Какие?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> проблемы со зрением _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> проблемы с кожей _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> проблемы с дыханием _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> проблемы со слухом _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> проблемы с испражнением (выделением кала) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> головные боли, обмороки, головокружение, любые случаи потери сознания _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> проблемы с желудком _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> трудности со сном, депрессия, гнев или нервность _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> проблемы с мочеиспусканием (выделением мочи) | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> боли в теле _____ | |

Только для девочек

Когда у вас была первая менструация? _____ Когда у вас началась последняя менструация? _____

 Да Нет Нерегулярные месячные, боли или беспокойство по поводу ваших месячных? _____**Только для мальчиков** Да Нет Имелись ли у вас какие-либо уплотнения в яичках?**Другие проблемы:** _____

Только для служебного пользования

Reviewed by: _____

Date: _____

(на обороте)