

Другие вещества (пожалуйста, уточните) _____

4. ПСИХИКА

Жалобы отсутствуют

- Депрессия _____
 - Шизофрения _____
 - Страх работы в одиночку _____
 - Страх нахождения в замкнутом пространстве _____
 - Страх высоты _____
 - Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____
-

5. НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Жалобы отсутствуют

- Приступы потери сознания _____
 - Приступы судорог (эпилепсия) _____
 - Нарушение равновесия (в т.ч. болезнь Меньера) _____
 - Инфаркт или инсульт мозга _____
 - Морская болезнь _____
 - Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____
-

6. ГЛАЗА И ЗРЕНИЕ

Жалобы отсутствуют

- Близорукость _____
 - Имеются ли ограничения поля зрения при взгляде вверх/вниз/в стороны? _____
 - Двоение в глазах _____
 - Нарушения цветового восприятия _____
 - Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____
-

7. УХО, НОС, ГОРЛО

Жалобы отсутствуют

- Снижение слуха _____
 - Аллергический насморк _____
 - Хроническое воспаление придаточных пазух носа (лобная, гайморова пазухи) _____
 - Затруднение носового дыхания _____
 - Частые (более, чем 4 раза за год) заболевания горла _____
 - Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____
-

8. ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Жалобы отсутствуют

- Астма _____
- Хроническое обструктивное заболевание легких _____
- Апноэ сна _____
- Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____
-

9. НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ (ВКЛЮЧАЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ)

Жалобы отсутствуют

- Сахарный диабет _____
- Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____
-

10. СЕРДЦЕ И КОРОНАРНЫЕ СОСУДЫ

Жалобы отсутствуют

- Боль в груди при нагрузке _____
- Высокое кровяное давление _____
- Перенесенный инфаркт сердца _____
- Нарушения сердечного ритма _____
- Проведено зондирование сердца _____
- Установлен сердечный стимулятор _____
- Проведена операция на сердце _____
- Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____
-

11. КОСТИ, СУСТАВЫ И МЫШЦЫ

Жалобы отсутствуют

- Тугоподвижность сустава _____
- Частичный или полный паралич конечности (пожалуйста, уточните) _____
- Частичное или полное отсутствие конечности (пожалуйста, уточните) _____
- Дрожь в руках _____
- Боль в суставе _____
- Боль в шейном отделе позвоночника _____
- Боль в плечевом отделе позвоночника _____
- Боль в (крестцовом) нижнем отделе позвоночника _____
- Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____
-

12. ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯИзвестно, что не болел(а)

- Туберкулез _____
- Вирусный гепатит _____
- Носитель ВИЧ _____
- СПИД _____
- Другое заболевание (пожалуйста, уточните какие и когда) _____
-

13. ДРУГИЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОСТОЯНИЯ ИЛИ СИМПТОМЫ, НЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ВЫШЕОтсутствуют

- Заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните какие и когда) _____
-

14. ПРЕДЫДУЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Лечились ли Вы в стационаре или были на приеме у врача за границей? Пожалуйста, уточните когда, где и в связи с чем _____
-

- Принимаете ли Вы какие либо лекарства постоянно (в т.ч. противозачаточные)? Пожалуйста, перечислите какие _____
-

- Лечились ли ВЫ в стационаре? _____
-

- Оперировали ли Вас? Пожалуйста, уточните когда и в связи с чем _____
-

15. ТРАВМЫОтсутствуют

- Переломы костей (пожалуйста, уточните какие и когда) _____
- Другие существенные повреждения (пожалуйста, уточните какие и когда) _____
-

16. В ДАННЫЙ МОМЕНТ БЕРЕМЕННА? Нет Да**17. КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ПОЖАЛУЙСТА, УТОЧНИТЕ КАКИЕ И КОГДА)?** Нет Да

18. ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯЖалобы отсутствуют

- Болезни печени _____
- Камни желчного пузыря _____
- Язва желудка и двенадцатиперстной кишки _____
- Язвенный колит или болезнь Крона (регионарный энтерит) _____
- Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните какие и когда) _____

19. ОРГАНЫ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫЖалобы отсутствуют

- Заболевания почек _____
- Камни почки _____
- Почечная недостаточность _____
- Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните какие и когда) _____

20. ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИЖалобы отсутствуют

- Заболевания крови _____
- Железодефицитная анемия _____
- Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните какие и когда) _____

21. ИСПОЛЬЗУЮ СЛЕДУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКИЕ АППАРАТЫ/ПРИСПОСОБЛЕНИЯНе использую

- Очки _____
- Контактные линзы _____
- Слуховой аппарат/кохлеарный имплантат _____
- Протез руки _____
- Протез ноги _____
- Приспособление для передвижения _____
- Аппарат положительного давления (CPAP) или устройство неинвазивной вентиляции легких _____
- Интраоральный аппарат для лечения апноэ сна _____
- Другие приспособления (пожалуйста, уточните какие) _____

22. СОН

Вы громко храпите (громче, чем звучит обычная речь, или ваш храп слышен в другой комнате даже тогда, когда дверь спальни закрыта)? Нет Да

Часто ли вы чувствуете, что не отдохнули за ночь, чувствуете усталость или сонливость в дневное время? Нет Да

Наблюдались ли у вас задержки дыхания во время ночного сна? Нет Да

Имя _____ Дата _____ Подпись _____