



Ankieta medyczna Pacjentki

Female patient's medical questionnaire

Instrukcja

Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. Prosimy o wypełnienie wszystkich pustych miejsc w ankiecie. Jeśli któreś pytanie Pani nie dotyczy, prosimy o wpisanie ND (co w skrócie oznaczać będzie: nie dotyczy).

Prosimy o udzielenie możliwie precyzyjnych odpowiedzi, szczególnie w przypadku opisywania problemów medycznych oraz określania dat.

Wypełnioną ankietę należy przynieść ze sobą na pierwszą wizytę do kliniki InviMed (jeśli wypełnia ją Pani w domu).

Jeśli ma Pani dodatkowe pytania, prosimy o kontakt telefoniczny lub mailowy: telefon +48 500 900 888, e-mail: invimed@invimed.pl.

Dziękujemy za wypełnienie ankiety oraz wywiadu medycznego.

Instruction

Please fill in the following questionnaire. Please fill in all the empty spaces in the questionnaire. If any question does not apply to you, please enter N/A (which will mean: not applicable).

Please give as accurate answers as possible, in particular when you describe medical problems and specify the dates.

When you fill in this questionnaire, you should bring it with you to the first appointment at the InviMed (if you fill it in at home).

If you have any questions, please contact us by telephone or via e-mail: telephone +48 500 900 888, e-mail: invimed@invimed.pl.

Thank you for filling-in the questionnaire and medical interview.

Ankieta/ Questionnaire

Dane osobowe/ Personal data

Imię/ First name Nazwisko/ Last name

Numer PESEL* [.....] / Date of birth [.....]

Miejsce urodzenia/ Place of birth

*w przypadku braku - data urodzenia

Imię i nazwisko pacjentki/ First and last name of the patient

Rasa/ Race**

- afrykańska/ African azjatycka/ Asian amerykańska/American australijska/Australian
 europejska/ European indyjska/Indian kaukaska/Caucasian

Pochodzenie etniczne/ Ethnic origin** (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe/ please mark all applicable options)

- polskie/ Polish inne niż polskie/ other than Polish nieustalone/ undetermined
 bez przynależności narodowo-etnicznej/ without national-ethnic origin
gdy inne niż polskie, proszę wybrać/ when other than Polish, please select from:
- śląskie/ Silesian kaszubskie/ Cassubian niemieckie/ German ukraińskie/ Ukrainian białoruskie/ Byelorussian
 romskie/ Romani rosyjskie/ Russian amerykańskie/ American angielskie/ English łemkowskie/ Lemko
 włoskie/ Italian francuskie/ French litewskie/ Lithuanian żydowskie/ Jewish hiszpańskie/ Spanish
 wietnamskie/ Vietnamese holenderskie/ Dutch greckie/ Greek ormiańskie/ Armenian wielkopolskie/Greater Poland
 słowackie/ Slovak kociwskie/ Kociewie czeskie/ Czech węgierskie/Hungarian skandynawskie/Scandinavian
 szwedzkie/Swedish tatarskie/Tatar irlandzkie/Irish kanadyjskie/Canadian australijskie/Australian
 austriackie/Austrian góralskie/Highlander bułgarskie/Bulgarian chińskie/Chinese duńskie/Danish
 inne/ other

Kolor oczu/ Eye colour**

- niebieskie/ blue niebieskie/zielone/ blue/green niebieskie/szare/ blue/grey brązowe/ brown
 szare/ grey brązowe/zielone/ brown/green piwne/ hazel zielone/ green
 zielone/szare/ green/grey brązowe/szare/ brown/grey

Kolor włosów/ Hair colour**

- czarne/ black blond/ blonde brązowe/ brown ciemny blond/ dark blonde rude/ red

Struktura włosów/ Hair structure**

- proste/ straight kręcone/ curly falowane/ wavy

Budowa ciała/ Body build**

- Ektomorfik – smukła sylwetka, drobna budowa ciała oraz mały obwód kości/ Ectomorph - slender figure, slight body build and small articular circumference
 Endomorfik – masywna budowa ciała, grube kości/ Endomorph - massive body build, thick bones
 Mezomorfik – szerokie barki, wąska talia, niski poziom tkanki tłuszczowej, zarysowane mięśnie/ Mesomorph - wide shoulders, thin waist, low fat tissue level, well-defined muscles

Waga/ Weightkg

Wzrost/ Height cm

**dane określone przez ministra właściwego do spraw zdrowia/ data determined by the Minister of Health

Imię i nazwisko pacjentki/ First and last name of the patient

Wywiad rodzinny i środowiskowy/ Family and community interview

Rodzice, rodzeństwo, dziadkowie, krewni/ Parents, siblings, grandparents, relatives

- Nowotwory/ Cancer
- Cukrzyca, typ/ Diabetes, type
- Wady wrodzone/ Inborn defects
- Choroby genetyczne/ Genetic diseases
- Choroby tarczycy/ Thyroid diseases

Używki/ Stimulants

- | | | | |
|---|------------------------------|--|---|
| Palenie tytoniu/ Smoking | Alkohol/ Alcohol | <input type="checkbox"/> często/ often | <input type="checkbox"/> okazjonalnie/ occasionally |
| Ile lat?/ How many years? | Narkotyki/ Drugs | <input type="checkbox"/> często/ often | <input type="checkbox"/> okazjonalnie/ occasionally |
| Liczba papierosów dziennie/
Number of cigarettes per day | Dopalacze/ Legal intoxicants | <input type="checkbox"/> często/ often | <input type="checkbox"/> okazjonalnie/ occasionally |

Wywiad medyczny/ Medical interview

Informacje dotyczące cyklu miesięczkowego/ Information concerning menstrual cycle

W jakim wieku miała Pani pierwszą miesiączkę?/ In what age did you have your first menstruation?

Czy miesiączkuje Pani regularnie?/ Do you have regular menstruations? TAK/ YES NIE/ NO

Proszę podać datę ostatniej miesiączki/ Please specify the date of the last menstruation:

Ile średnio dni trwa krwawienie miesięczkowe?/ How many days does the menstrual bleeding last on average?

Długość cyklu miesięczkowego (liczba dni od pierwszego dnia miesiączki do pierwszego dnia następnej miesiączki)/ Length of menstrual cycle (number of days from the first day of menstruation to the first day of the next menstruation):

średnio/ on average: najkrócej/ shortest: najdłużej/ longest:

Przeszłość położnicza: poronienia i porody/ Obstetric history: miscarriages and births

Od kiedy stara się Pani o dziecko?/ For how long have you been trying to have a child?

Czy posiada Pani dzieci biologiczne?/ Do you have biological children? Ile?/ How many?

Czy posiada Pani dzieci biologiczne z obecnym partnerem?/ Do you have biological children with your present partner? Ile?/ How many?

Rok/ Year	Tydzień ciąży/ Week of pregnancy	Poronienie/ Miscarriages A - sztuczne/ artificial S - samoistne/ self-induced E - ciąża pozamaciczna/ ectopic pregnancy	Poród/ Birth F - fizjologiczny/ physiological CC - cesarskie cięcie/ Caesarean section	Przebieg, powikłania/ Course, complications

Imię i nazwisko pacjentki/ First and last name of the patient

Urodzenia/ Births

- Dziecko zdrowe/ healthy child Ile?/ How many? Dziecko chore/ sick child Ile?/ How many?
- Dziecko martwe/ still birth Ile?/ How many?

Monitorowanie cyklu/ Cycle monitoring

- Rok/ Year Ile cykli/ How many cycles Wynik/ Result
- Rok/ Year Ile cykli/ How many cycles Wynik/ Result
- Rok/ Year Ile cykli/ How many cycles Wynik/ Result

Przebyte procedury inseminacji/ Past insemination procedures

- Rok/ Year Cykl stymulowany?/ Stimulated cycle? Wynik/ Result
- Rok/ Year Cykl stymulowany?/ Stimulated cycle? Wynik/ Result
- Rok/ Year Cykl stymulowany?/ Stimulated cycle? Wynik/ Result

Przebyte procedury IVF/ Past IVF procedures

- Rok/ Year Wynik/ Result
- Rok/ Year Wynik/ Result
- Rok/ Year Wynik/ Result

Informacje dotyczące alergii/ uczuleń/ Information concerning allergies/ sensitizations

Czy jest Pani uczulona (na leki, pokarm, środki chemiczne, inne)?/ Are you allergic (to drugs, food, chemical agents, other)?

- TAK/ YES NIE/ NO

Proszę wymienić substancje, na które jest Pani uczulona/ Please list the substances you are allergic to

.....

.....

.....

Proszę wymienić leki, które **obecnie** Pani przyjmuje (na receptę, bez recepty, witaminy, suplementy diety, zioła, aspiryna, leki p/bólowe, leki na zaparcie, środki na odchudzanie itp.)/ Please specify medications which you **currently** take (prescription medications, non-prescription medications, vitamins, dietary supplements, herbs, aspirin, painkillers, anti-constipation medications, slimming pills, etc.)

Nazwa leku/ preparatu/ Name of medication/ preparation	Wskazania/ Indications

Imię i nazwisko pacjentki/ First and last name of the patient

Informacje dotyczące przebytych chorób/ Information about past diseases

Jednostka chorobowa/ Disease unit	Tak (od kiedy)/ Yes (since when)	Nie/ No	Nie wiem/ I don't know
Choroby autoimmunologiczne/ Autoimmunology diseases			
Choroby serca (zawał, zaburzenia rytmu, kardiomiopatie)/ Heart diseases (heart attack, arrhythmia, cardiomyopathies)			
Choroby krwi (skłonności do krwawień, siniaków, zakrzepów, zatorów)/ Blood diseases (tendency to bleed, have bruises, thrombosis, embolism)			
Małopłytkowość/ Thrombocytopenia			
Choroby płuc (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma, gruźlica, pylica, zapalenie płuc)/ Lung diseases (asthma, chronic bronchitis, emphysema, tuberculosis, pneumoconiosis, pneumonia)			
Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa, zapalenie nieswoiste, choroby zapalne jelit, zespół jelita drażliwego)/ Digestive system diseases (ulceration, inflammatory disease, inflammatory bowel diseases, irritable bowel syndrome)			
Choroby wątroby (stłuszczenie, marskość, naczyniaki)/ Liver diseases (hepatic steatosis, cirrhosis, angioma)			
Wirusowe zapalenie wątroby/ Hepatitis	<input type="checkbox"/> Typ A/ Type A <input type="checkbox"/> Typ B/ Type B <input type="checkbox"/> Typ C/ Type C	<input type="checkbox"/> Typ A/ Type A <input type="checkbox"/> Typ B/ Type B <input type="checkbox"/> Typ C/ Type C	<input type="checkbox"/> Typ A/ Type A <input type="checkbox"/> Typ B/ Type B <input type="checkbox"/> Typ C/ Type C
Choroby urologiczne (zapalenie nerek, kamica, trudności w oddawaniu moczu)/ Urological diseases (kidney inflammation, nephrolithiasis, difficulties with urination)			
Cukrzyca, typ/ Diabetes, type / dna moczanowa/ porfiria/ gout/ porphyria			
Choroby tarczycy (wole obojętne, nadczynność, choroba Hashimoto)/ Thyroid diseases (non-toxic goitre, toxic goitre, Hashimoto disease)			
Choroby gruczołów piersiowych/ Breast diseases			
Schorzenia psychiczne (depresja/ psychoza poporodowa, choroba afektywna dwubiegunowa, schizofrenia, zaburzenia lękowe, próby samobójcze, samookaleczenie, zaburzenia nerwicowe)/ Mental diseases (depression/ post-natal psychosis, bipolar affective disorder, schizophrenia, anxiety disorder, suicidal attempts, self-mutilation, nervous disorders)			
Choroby układu kostnego (choroby kręgosłupa, zmiany w stawach, osłabienie mięśni)/ Bone system diseases (spine diseases, changes in the joints, muscle weakening)			
Wada macicy/ Uterus defects			
Choroby genetyczne/ choroby genetyczne w rodzinie/ Genetic diseases/ genetic diseases in the family			
Choroby reumatyczne (RZS, toczeń rumieniowaty układowy, ZZSK, zespół Sjögrena)/ Rheumatic diseases (RA, systemic lupus erythematosus, ankylosing spondylitis, Sjogren syndrome)			
Nowotwory złośliwe/ Malignant cancer <input type="checkbox"/> Narządów płciowych/ Of genitals <input type="checkbox"/> Przebyte/ Past <input type="checkbox"/> Leczone/ Treated <input type="checkbox"/> Inne/ Other			
Inne choroby o nieznannej etiologii/ Other diseases of unknown aetiology			
Transfuzje/ Transfusions			

MOP 2-1/1 | data aktualizacji 04.05.2021 r./ last updated 04 May 2021

Imię i nazwisko pacjentki/ First and last name of the patient

Jednostka chorobowa/ Disease unit	Tak/ Yes	Nie/ No	Nie wiem/ I don't know
Choroby wieku dziecięcego/ Children's diseases	<input type="checkbox"/> Różyczka/ Rubella <input type="checkbox"/> Świnka/ Mumps <input type="checkbox"/> Ospa/ Chickenpox <input type="checkbox"/> Odra/ Measles	<input type="checkbox"/> Różyczka/ Rubella <input type="checkbox"/> Świnka/ Mumps <input type="checkbox"/> Ospa/ Chickenpox <input type="checkbox"/> Odra/ Measles	<input type="checkbox"/> Różyczka/ Rubella <input type="checkbox"/> Świnka/ Mumps <input type="checkbox"/> Ospa/ Chickenpox <input type="checkbox"/> Odra/ Measles

Informacje dotyczące przebytych zabiegów/ Information concerning past procedures

Operacje/ Surgeries

Rok/ Year Rodzaj/ Type Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Rok/ Year Rodzaj/ Type Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Rok/ Year Rodzaj/ Type Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Pobyt w szpitalu/ Hospitalization

Rok/ Year Przyczyna/ Reason Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Rok/ Year Przyczyna/ Reason Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Rok/ Year Przyczyna/ Reason Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy/ During the past 6 months

Czy była Pani poddawana zabiegom medycznym, w czasie których dochodziło do naruszenia ciągłości tkanek (pobieranie krwi, iniekcje, kroplówki/ transfuzje, punkcje/ biopsje, szczepienia, zabiegi operacyjne) oraz czy wykonywane były badania endoskopowe (gastroskopia, rektoskopia, sigmoidoskopia, kolonoskopia, inne)?

Did you undergo medical procedures during which tissue intactness was disturbed (blood taking, injections, drips/ transfusions, punctures/ biopsies, vaccinations, surgical operations) and was any endoscopic examination performed (gastroscopy, rectoscopy, sigmoidoscopy, colonoscopy, other)

TAK/ YES NIE/ NO

Jakie?/ Other

Czy korzystała Pani z usług specjalistów: stomatologa (ekstrakcja zębów, usuwanie kamienia nazębnego, inne), okulisty (usuwanie ciała obcego, inne), laryngologa (punkcja zatok, inne), innych?/

Did you use services of specialists: dentist (tooth extraction, scaling, other), ophthalmologist (foreign body removal, other), laryngologist (sinus puncture, other), other?

TAK/ YES NIE/ NO

Jakie?/ Other

Czy była Pani poddawana zabiegom niemedycznym, w czasie których dochodziło do naruszenia ciągłości tkanek: kosmetyczka (manicure, pedicure, przekłuwanie uszu, tatuaże, zabiegi dermokosmetyczne), fryzjer (golenie/ skaleczenie brzytwą, żyletką, inne), innym?/

Did you undergo non-medical procedure during which tissue intactness was disturbed: beautician (manicure, pedicure, ear piercing, tattoos, dermal-cosmetic procedures), hairdresser (shaving/ razor cut, other), other?

TAK/ YES NIE/ NO

Jakie?/ Other

Imię i nazwisko pacjentki/ First and last name of the patient

Inne możliwości infekcji/ Other possibilities of infection

Kontakt z HIV/ AIDS/ HCV/ HBV/ Contact with HIV/ AIDS/ HCV/ HBV

TAK/ YES NIE/ NO Jaki?/ Specify? Data/ Date

Kontakt z krwią i tkankami osób trzecich/ Contact with blood and tissues of third parties

TAK/ YES NIE/ NO Jaki?/ Specify? Data/ Date

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywała Pani w krajach Afryki, Azji, Ameryki Południowej?/ Did you travel to Africa, Asia, South America during the past 6 months?

TAK/ YES NIE/ NO Gdzie?/ Where? Data/ Date

Wszystkie powyżej podane przeze mnie dane są prawdziwe zgodnie z moją najlepszą wiedzą, a ich prawdziwość potwierdzam złożonym poniżej własnoręcznym podpisem./ All of the above data provided by me is true according to my best knowledge, and their correctness is confirmed by my signature placed below.

Podpisano w siedzibie kliniki w dniu/ Signed at the registered office of the clinic on

Czytelny podpis pacjentki/ Legible signature of the patient

Data i podpis pracownika kliniki InviMed przyjmującego ankietę oraz wywiad medyczny/ Date and signature of the employee of the InviMed clinic accepting the questionnaire and medical interview

Data, czytelny podpis/ Date, legible signature