***t-med+***

**GABINET GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY DR PATRYCJA BEKAS Plac Pocztowy 2/5 64-980 Trzcianka**

**ANKIETA WYWIADU LEKARSKIEGO W OKRESIE PRENATALNYM**

Imię i nazwisko pacjentki ……………………………………………………………………

PESEL ……………………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wiek powyżej 35 lat | tak | nie |
| Która jest to Pani ciąża? |  |  |
| Czy występowały dwa lub więcej poronienia? | tak | nie |
| Czy zapłodnienie było uzyskane w wyniku leczenia niepłodności („in vitro”)? | tak | nie |
| Czy Pani dzieci są zdrowe i prawidłowo się rozwijają? | tak | nie |
| Czy w poprzedniej ciąży stwierdzono u płodu/dziecka chorobę genetyczną? | tak | nie |
| Czy w najbliższej rodzinie stwierdzone były jakieś nieprawidłowości genetyczne? | tak | nie |
| Jeśli tak, to jakie? |  |  |
| Czy w najbliższej rodzinie występowały wady lub inne nieprawidłowości w budowie ciała? | tak | nie |
| Jeśli tak, to jakie? |  |  |
| Czy w rodzinie występują/występowały osoby z niepełnosprawnością intelektualną? | tak | nie |
| Jeśli tak, to jakie? |  |  |
| Czy jest/była Pani narażona na działanie czynników szkodliwych, leki szkodliwe dla płodu, używki, promieniowanie? | tak | nie |
| Jeśli tak, to na jakie? |  |  |

………………………… ……………………………………. …………………….……………………………………………… data Podpis lekarza Podpis pacjentki lub uprawnionego opiekuna