



DOTAZNÍK KE GENETICKÉ KONZULTACI



GHC GENETICS

OSOBNÍ DATA

jméno a příjmení

rodné číslo

věk

zdravotní pojišťovna

e-mail

telefon

zaměstnání (u dětí typ školy)

zdravotní rizika v zaměstnání (chemikálie, radiace)

ne

ano

jaká:

OSOBNÍ ANAMNÉZA

ČÁST SPOLEČNÁ PRO DOSPĚLÉ I DĚTSKÉ PACIENTY

Prodělané choroby v dětství:

běžné

jiné

jaké:

Onemocnění v dospělosti:

Sledování u odborných lékařů (u kterých):

Operace (jaké a v jakém věku):

Trvale užívané léky:

Zdravotní obtíže související s intolerancí potravin (lepek, laktóza, fruktóza, histamin):

ne

ano

příznaky:

Kouření:

Ne

Ano

cigaret za den a jak dlouho

Konzumace alkoholu:

Ne

Ano, příležitostně

Ano, denně

Jiné návykové látky:

Ne

Ano jaké

OSOBNÍ ANAMNÉZA

ČÁST POUZE PRO ŽENY A DÍVKY

Věk první menstruace: let

Cyklus: Pravidelný Nepravidelný

Věk menopauzy: let

Užíváte/užívala jste antikoncepci?

Hormonální Ne Ano jakou a jak dlouho:

Nitrodělní tělíčko Ne Ano typ tělíčka a jak dlouho:

Trpíte často gynekologickými obtížemi (záněty, výtoky, cysty a jiné)

Ne Ano jakými:

Prodělala jste gynekologickou operaci?

Ne Ano jakou:

V jakém věku:

Vyskytlo se u Vás nádorové onemocnění prsu?

Ne Ano

V jakém věku:

Jednostranné Oboustranné

Histologický typ:

Vyskytlo se u Vás nádorové onemocnění vaječnicků?

Ne Ano

V jakém věku:

Jednostranné Oboustranné

Histologický typ:

Vyskytlo se u Vás jiné nádorové onemocnění ?

Ne Ano

V jakém věku:

Jaké:

OSOBNÍ ANAMNÉZA

TĚHOTENSTVÍ

Otěhotněla jste spontánně? Ne Ano kolikrát:

S pomocí metod asistované reprodukce? Ano metoda a kolikrát:

Komplikace v těhotenství:

Krvácení Ne Ano v týdnu, kolikátého těhotenství

Předčasný porod Ne Ano v týdnu, kolikátého těhotenství

Vysoký krevní tlak Ne Ano v týdnu, kolikátého těhotenství

Těhotenská cukrovka Ne Ano v týdnu, kolikátého těhotenství

Úmrtí plodu Ne Ano v týdnu, kolikátého těhotenství

Zpomalený růst plodu Ne Ano

Počet porodů a roky:

Spontánní potraty: Ne Ano počet:

V jakém týdnu těhotenství:

V kolika letech:

Umělé přerušování těhotenství: Ne Ano na vlastní žádost

Ano z lékařské indikace

OSOBNÍ ANAMNÉZA

ČÁST POUZE PRO MUŽE

Záněty varlat a urogenitálního traktu:

Ne

Ano

jaké:

V jakém věku:

Nádory varlat a urogenitálního traktu

Ne

Ano

jaké:

V jakém věku:

Úrazy varlat:

Ne

Ano

jaké:

V jakém věku

Operace varlat a urogenitálního traktu:

Ne

Ano

jaké:

V jakém věku:

Spermiogram:

Nevyšetřen

Vyšetřen

s jakým výsledkem:

Kdy:

Vyskytlo se u Vás nádorové onemocnění ?

Ne

Ano

V jakém věku:

Jaké:

OSOBNÍ ANAMNÉZA

ČÁST PRO DĚTSKÉ PACIENTY

z kolikátého těhotenství:

bez komplikací

rizikového

porodní délka

(cm) a váha

(g):

poporodní komplikace:

ne

ano

jaké:

případné vrozené vady:

ne

ano

jaké:

Výška:

cm

Váha:

kg

RODINNÁ ANAMNÉZA

Vyplňte prosím údaje o všech Vašich rodinných příbuzných i zdravých (zejména uveďte onkologická onemocnění, jiná závažná onemocnění nebo vrozené vývojové vady)

RODIČE

| Jméno a příjmení | Rok narození | Typ onemocnění | Věk diagnózy | Věk úmrtí |
|------------------|--------------|----------------|--------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |

RODINA MATKY

| Jméno a příjmení | Rok narození | Typ onemocnění | Věk diagnózy | Věk úmrtí |
|------------------|--------------|----------------|--------------|-----------|
| Matka matky | | | | |
| Otec matky | | | | |
| Sourozenci matky | | | | |

RODINA OTCE

| Jméno a příjmení | Rok narození | Typ onemocnění | Věk diagnózy | Věk úmrtí |
|------------------|--------------|----------------|--------------|-----------|
| Matka otce | | | | |
| Otec otce | | | | |
| Sourozenci otce | | | | |

RODINNÁ ANAMNÉZA

SOUROZENCI

U nevlastních sourozenců uveďte, zda je společná matka nebo otec.

| Jméno a příjmení | Rok narození | Typ onemocnění | Věk diagnózy | Věk úmrtí |
|------------------|--------------|----------------|--------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DĚTI

| Jméno a příjmení | Rok narození | Typ onemocnění | Věk diagnózy | Věk úmrtí |
|------------------|--------------|----------------|--------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VYSKYTLA SE ZÁVÁŽNÉ ONEMOCNĚNÍ U JINÉHO PŘÍBUZNÉHO VE VAŠÍ V RODINĚ?

Ne

Ano: doplňte u koho a jaké

| Jméno a příjmení | Rok narození | Příbuzenský vztah | Typ onemocnění | Věk diagnózy | Věk úmrtí |
|------------------|--------------|-------------------|----------------|--------------|-----------|
| | | | | | |
| | | | | | |

Datum vyplnění:

Podpis vyšetřované osoby
(zákonného zástupce)

Jméno zák. zástupce

Vztah k vyšetřované osobě

