

МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «ГАРВЕЙ» ФИТОЛАВКА т.986-929-0

Карта оценки состояния для дистанционного обслуживания

(нужное подчеркнуть или указать)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст

Адрес

Контактный телефон и адрес электронной почты

Профессия

Род и характер работы, занимаемая должность

Семейное положение

Дети

На дату: число                  месяц                  год

Общее самочувствие    отличное          хорошее          удовлетворительное    плохое          очень плохое

Простудные заболевания    1-2-3-5-10    раз в год протекают с/без повышения температуры, с/без осложнениями

Качество сна:

Время отхода ко сну    раньше/20.00 /21.00 /22.00 /23.00 /24.00 /1.00 /2.00 /3.00 / позже

Продолжительность засыпания    мгновенно    5 минут / 15 минут / 30 минут / 1 час/ 1,5 часа/ 2 часа / больше 2 часов

Спать при засыпании    хочется/ не хочется

Сон    поверхностный/глубокий/храп

Сон    со сновидениями / без сновидений

Сны    хорошие, позитивные / кошмары / каждый день /1/2/3 раза    неделю

Сны    сумбурные, отрывочные/повествовательные

Сколько раз просыпаетесь ночью    не просыпаюсь/ 1/2/3/ много раз

При ночном просыпании спать    хочется/ не хочется

Через какое время снова засыпаете? сразу/ 15 минут/1 час/больше

Ночной диурез (сколько раз?)    0/1/2/3/ больше

Аппетит ночью                                  нет/повышен

Время утреннего пробуждения    раньше/5.00/6.00/7.00 /8.00/9.00/10.00/11.00/12.00 позже; самостоятельно/по будильнику

Состояние утром: голова    ясная/ тяжелая/хочет спать/мутная

Тело    к утру отдыхает/усталость/ломота

Утренние отеки: веки/ под глазами/ кистей рук /утром на пятки наступать больно

Аппетит утром есть/нет

В области поясницы после просыпания боль/дискомфорт есть/нет

На подушке какой высоты спите? высокая./низкая/ без/подушки

Засыпаете на правом/левом боку, спине/животе

Спите на правом/левом боку, спине/животе

Продолжительность дневного сна 30 минут/1 час/2 часа/больше

Сонливость в течение дня: утром /сразу после обеда/ вечером

Спокойствие/нервозность/внутренняя дрожь

Быстрая отвлекаемость, рассеянность, забывчивость

Память сохранена/ ухудшилась

Работоспособность выше до обеда / выше во второй половине дня /одинаковая в течение дня/ в замедленном темпе

Вспыльчивость, чрезмерная чувствительность, обидчивость

Быстрая смена настроения да/нет

Страх да/нет

Тревожность, чрезмерная обеспокоенность да/нет

Жару переносит хорошо/плохо

За сколько дней до менструации ощущаете изменения? В виде:

Головных болей да/нет

Набухания/ нагрубания молочных желез да /нет

Болезненности молочных желез да/нет

Плаксивости/ раздражительности/ депрессии/апатии

Изменений вкусовых предпочтений да/нет

Прочих значимых симптомов (каких?)

Менструация регулярная/нерегулярная

Продолжительность в днях 1/2/3/4/5/6/7/8/9/10/ больше

обильность: сколько самых обильных дней 1/2/3/4/5/6/7/больше

Количество прокладок в обильные дни? 1/2/3/4/5/6/7/8/9/10/больше

Размер прокладок ежедневные/3 капли/4 капли/5 капель/ночные

Наличие сгустков: количество нет/единичные/много

Размеры в см 0,5/1/2/3/4/5/6/7/ крупные

Боли: схваткообразные /тянущие вниз живота/ режущие/ жгучие

Принимаю при болях обезболивающие /спазмолитики

Менопауза с какого возраста

Ощущения во влагалище сухость/зуд

Опухание органов малого таза да/нет

Слезы близко/ редко

Голова в течение дня ясная/мутная/тяжелая/несвежая/ватная

Головные боли ежедневно/еженедельно/ежемесячно; утром/днем/вечером; при физической/умственной нагрузке

В висках при головной боли давит/распирает, пульсирует, сжимает

В затылке при головной боли давит/распирает, пульсирует, сжимает

Головные боли утром /вечером

Сон при головной боли приносит облегчение/обостряет боль

Голод провоцирует головную боль да/нет

Еда облегчает головную боль да/нет

Головокружение постоянно/ при резком повороте/ при наклоне/при головной боли/часто/редко

Волосистой покров головы сохранен да/нет; волосы обильно падают/лысина

Волосистой покров отсутствует на лбу/ темени/ затылки/ вся голова

Седина да/нет; единичные седые волосы/ выражена седина/полностью седая голова

Возраст, когда стали седеть раньше 20 лет/20-25/25-30/30-40/40-50/50-60/60-70/старше 70

Потливость выражена/ слабо выражена/ не бывает Где? голова/подмышки/шея/руки/ноги/спина/грудь

Потливость ночью/днем; самопроизвольно/при физической нагрузке/в жару/ в бане

Судороги ног/рук; ночью/днем; справа/слева; каждый день/раз в неделю/раз в месяц/реже/ не бывает

Онемение рук/ ног; справа/слева ; ночью/днем; каждый день/раз в неделю/раз в месяц/реже/ не бывает

Повышенная зябкость рук/ног/головы; да/нет

Сухость кистей рук/стоп ; да/нет

Отеки ног да/нет; вечером/утром

Усталость в ногах к вечеру да/нет

Варикозное расширение вен ног на обеих ногах одинаково/ более выражено справа/слева

Набухание височных вен да/нет; больше справа/слева/одинаково

Геморрой да/нет ; с кровью/ болью/ощущением инородного тела

Аппетит в целом повышен/понижен/отсутствует

Папилломы на теле/шее/подмышками/под грудью; увеличиваются в количестве/без изменений; много/единичные/их нет

Сухость во рту да/нет; утром/весь день/ночью

Вкус во рту да/нет; горечь/ сладкий/ металл

Отрыжка да/нет; воздухом/пищей

Изжога да/нет; до еды/после еды

Тошнота да/нет; до еды/после еды

Стул 1/2/3/4/5/больше раз в день; утром/днем/вечером/ночью

Задержка стула да/нет; 1 день/2 дня/3-4 дня/до 7 дней/больше

Стул оформленный/ твердый комочками (комочками)/ кашицеобразный стул, поносы

Дискомфорт в животе да/нет; вздутие /ощущение неудобства

Боли в животе да/нет; под ложечкой/ в правом подреберье/слева/ в области пупка; тянущие/ спазмы/ колющие

Боли в области сердца да/нет; сжимающие/ноющие/колющие/давящие; в покое/ночью/при физической нагрузке

Нарушения ритма сердца да/нет; ощущение замирания/ остановки сердца/ перебои/приступ сердцебиения

Частота сердечных сокращений в минуту (пульс)

Пульс справа тихий/громкий

Пульс слева тихий/громкий

Артериальное давление на правой руке

Артериальное давление на левой руке

Кашель да/нет; сухой/влажный; утром/вечером; единичные покашливания/ приступами; утром/ в течение дня/ночью/ вечером

МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «ГАРВЕЙ» ФИТОЛАВКА т.986-929-0

Мокрота да/нет; отходит с трудом/легко/ в большом количестве/скудная; с кровью/слизистая/гнойная/с запахом

Одышка в покое/при физич.нагрузке, волнении/приступы удушья

Носовые кровотечения да/нет; раз в неделю/ раз в месяц/раз в год ;утром/вечером; при головной боли

Количество мочеиспусканий в течение дня 1/2/3/4/5/6/7/10/13/больше

Количество выпиваемой жидкости в день меньше 1 литра/1-1,5 литра/1,5-2 литра/2-3 литра/ больше 3 литров

Чувство жажды выражено/ не выражено; утром/днем/вечером/ночью; в жару

Неудержимые позывы на мочеиспускание да/нет; утром/при беге

Недержание мочи да/нет; ночью/ перед менструацией/днем

Неудовлетворенность после мочеиспускания да/нет

Боли в промежности да/нет

Удельный вес мочи ( по анализам) меньше 1005/1005-1010/1010-1015/1015-1020/больше 1020

Присутствие в моче солей/ слизи/белка; ураты/ фосфаты/ оксалаты; нет

Состояние шейного отдела позвоночника: без особенностей / боли/ хруст

Для мужчин:

Эрекция удовлетворительная /ослаблена

Эякуляция обычная/ускоренная/задержанная/анэякуляция

Боли в позвоночнике да/нет; грудной отдел/ поясничный отдел/крестец

Боли в суставах да/нет; колени/голеностопы/ локти/плечи; справа/слева/ с обеих сторон одинаково

Тугоподвижность/ отечность суставов да/нет; колени/голеностопы/ локти/плечи; справа/слева/ с обеих сторон одинаково

Хруст в суставах да/нет; колени/голеностопы/ локти/плечи; справа/слева

Есть ли жалобы на мелкие суставы? да/нет; кисти/стопы; боли/деформация

Боли в костях да/нет; днем/ночью; поясница/крестец/ тазобедренные суставы/кости таза/ребра/ предплечья/голеностопы

Боли усиливаются при физической нагрузке./при перемене атмосферного давления ; да/нет

Лимфоузлы увеличены; да/нет; шея/подмышками/в паху/иная локализация

Вес кг стабилен да/нет; прибавка/потеря за последние 3 месяца +/- 1 кг/ 2 кг/5 кг/больше

Рост см

Телосложение сухощавость/ норма/полнота

Полнота больше выражена в нижней /верхней части туловища/ равномерно

Осанка не изменена/ сутулость/горб

Слух снижен/не снижен справа/слева

Зрение ясное/близорукость/дальнозоркость; справа/слева

Заикание/поперхивание/икота да/нет

Аллергия да/нет; на травы/пищу/запах/цветение/медикаменты

История настоящего заболевания ( опишите)

Назовите перенесённые заболевания да/нет , какие? когда?

Назовите перенесенные травмы да/нет; переломы/сотрясения мозга; какие, когда?

Назовите перенесенные операции да/нет; какие? когда?

Подвергались ли общему наркозу да/нет; продолжительность меньше 1 часа/1-2 часа/ больше 2 час; сколько раз

Принимаемые медикаменты (назвать препараты и суточную дозировку):

Постоянно да/нет

Периодически (обезболивающие, жаропонижающие и пр.)

Укажите данные имеющихся результатов обследований и анализов

Курение да/нет, сколько сигарет в сутки

Употребление алкоголя да/нет; количество в месяц

Самые важные жалобы( перечислите)

1

2

3

Сформулируйте задачу по улучшению здоровья и определите срок для ее выполнения.



