**Медицинская анкета участника туристической группы.**

*Прежде чем Вы приступите к ответу на вопросы, хочу внести ясность:*

* данные вопросы не являются плодом праздного любопытства
* стыдиться надо не болезней, а халатного отношения к собственному здоровью
* информация, полученная в результате опроса никогда не станет достоянием гласности, не будет обсуждаться ни с кем кроме Вас или других врачей (при необходимости и с Вашего согласия)

**Личные данные:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия, Имя, Отчество: | Место для ввода текста. | |
| Дата рождения: | Место для ввода даты. | |
| Рост, см: | Место для ввода текста. | |
| Вес, кг: | Место для ввода текста. | |
|  |  | |
|  |  |  |

**Экстренный телефон и контактное лицо:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия, Имя, Отчество (кто): | Место для ввода текста. | Выберите элемент. |
| Телефон: | Место для ввода текста. | |
|  |  | |

**Вопросы анкеты:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ваша группа крови: | | Выберите элемент. | | Резус фактор: | Выберите элемент. | |
|  | |  | |  |  | |
| |  |  | | --- | --- | | **Описание вопроса** | **Ответ с комментариями, чем лечитесь.** | | Когда Вы в последний раз проходили медицинское обследование? Если можете вспомнить, укажите, каких врачей посещали. |  | | **Есть ли у Вас сейчас (или испытывали ли Вы ранее) указанные симптомы:** | **Напишите обязательно название препаратов, которые вы используете!** | | Укачивание в транспорте, укажите в каком, что помогает (напр:. Автобус, Драмина) |  | | Головокружения |  | | Головные боли (с чем связаны) |  | | Зубные боли |  | | Нарушения зрения |  | | Нарушения дыхания |  | | Потери сознания ( с чем связаны) |  | | Скачки артериального давления |  | | Отечность |  | | Боли в суставах |  | | Боли в спине |  | | Нарушения пищеварения (изжоги, вздутие и т.п.) |  | | Нарушения мочеиспускания/дискомфорт |  | | (Для девушек) боли при менструальном цикле |  | | Бывает ли у Вас периодически герпес (простуда на губах/на лице) |  | | Часто ли у Вас болит горло  (Часто – 1 раз в месяц и чаще  Не часто – 1 раз в пол года  Очень редко – 1 раз в год и реже) |  | | Страдали ли Вы такими заболеваниями носовых/лобных пазух как гайморит, синусит? |  | |  |  | | **Страдали ли Вы в прошлом, или страдаете ли сейчас следующими заболеваниями:** |  | | Заболевания иммунной системы или инфекционные заболевания (ВИЧ/СПИД, инфекционный гепатит и др.) |  | | Заболевания органов дыхания (бронхиальная астма, хронический бронхит, пневмония, плеврит, туберкулез и т.д.) |  | | Сердечно-сосудистые заболевания (пороки сердца, аритмия, стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, тромбозы, геморрой, варикозное расширение вен и др.) |  | | Заболевания пищеварительной системы (гастрит, язвенная болезнь желудка/двенадцатиперстной кишки, заболевания печени, желчного пузыря поджелудочной железы и др.) |  | | Заболевания мочеполовой системы (мочекаменная болезнь, цистит, пиелонефрит и др. заболевания почек, простатит и др.) |  | | Кожные заболевания (дерматит, псориаз, микоз (грибок) стоп/ногтей). |  | | Эндокринологические или гематологические заболевания (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, заболевания надпочечников, нарушения свертываемости крови и др.) |  | | Заболевания глаз (заболевания сетчатки, катаракта и др.) |  | | Заболевания органов слуха (отиты и др.) |  | | Психические заболевания (эпилепсия, нервные тики, периодические потери сознания и др.) |  | | Заболевания опорно-двигательной системы (костей, суставов, позвоночника, мышц, сухожилий). Есть ли у Вас суставы, которые регулярно Вас беспокоят (коленки, голеностоп)? Если да, применяете ли Вы эластичные бинты, наколенники, лекарства? |  | | Имеются ли у Вас любые опухоли, грыжи? |  | | Переносили ли Вы какие-нибудь травмы (кроме душевных☺)(переломы, вывихи, разрывы связок, травмы головы (ЗЧМТ, ОЧМТ, сотрясение мозга), травмы позвоночника и др.)? |  | | Переносили ли Вы когда-нибудь хирургические вмешательства (на каком органе, в каком году)? |  | | Имеете ли Вы стоматологические заболевания (кариес, пульпит, стоматит, киста и др.)? |  | | Лечили ли Вы зубы под анестезией? |  | | Имеются ли у Вас какие-либо аллергии (пищевая, на медицинские препараты, на укусы насекомых, холодовая и др.)? Какими видами аллергических реакции страдаете или страдали в прошлом:   * -пищевая * -сезонная (на цветение) * лекарственная * на пыль, шерсть, парфюм, быт. химию * страдаю аллергией, но не знаю на что   в какой форме протекает аллергическая реакция:   * вазоматорный ринит, сенная лихорадка * коньюктивит * крапивница (дерматит) * отек Квинке * бронхиальная астма, удушье * потеря сознания   какие препараты наиболее эффективны при аллергических реакциях:   * супрастин * тавегил * димедрол * дибазол * пиполфен * не знаю * другие препараты (указать названия и лекарственную форму) |  | | Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарственные препараты? Какие препараты принимаете регулярно или периодически (название, доза, кратность приема, длительность курса, периодичность). К препаратам относятся: лекарственные препараты, пищевые добавки, БАД, средства для похудания, витамины, противозачаточные средства, спортивные добавки.  *например: нейромультивит в стандартной дозе, по 1 таб. 2 раза в день, в течении 10 дней, 2 раза в год.* |  | | В этом столбце Вы можете добавить заболевания, которые не включены в общий перечень, а также высказать Ваши предложения, замечания и пожелания или комментарии (например, при простудных заболеваниях часто течет кровь из носа, для меня это нормально и прочие странные ситуации ☺ индивидуальные особенности) |  | | | | | | | |
| Когда вы последний раз принимали антибиотики и какие? (если больше года назад – значения не имеет) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  При физической нагрузке у Вас бывают головные боли? | | | | | | |
| нет | да (как часто)  Место для ввода текста. | | | | | |
| При физической нагрузке у Вас бывают боли в грудной клетке? | | | | | | |
| нет | да (как часто, с какой стороны)  Место для ввода текста. | | | | | |
|  | | | | | | |
| Какие медицинские препараты Вы точно будете принимать в походе, в том числе БАДы и витамины?  Место для ввода текста. | | | | | | |
| Какими средствами вы снимаете зубную боль?  Место для ввода текста. | | | | | | |
| Какими средствами вы снижаете температуру тела?  Место для ввода текста. | | | | | | |
| Какими средствами вы боретесь с головной болью?  Место для ввода текста. | | | | | | |
| Какими средствами вы боретесь с заложенностью носа?  Место для ввода текста. | | | | | | |
| Какими средствами вы боретесь с кашлем?  Место для ввода текста. | | | | | | |
| Какими средствами вы боретесь с болью в горле?  Место для ввода текста. | | | | | | |
| Какие медицинские препараты Вы принимаете (или считаете наиболее эффективными)? | | | | | | |
|  | | | | | | |
| как легкое обезболивающее | | | Место для ввода текста. | | | не знаю |
| как сильное обезболивающее | | | Место для ввода текста. | | | не знаю |
| при отравлении | | | Место для ввода текста. | | | не знаю |
| при аллергии | | | Место для ввода текста. | | | не знаю |
| от зубной боли | | | Место для ввода текста. | | | не знаю |
| от головной боли | | | Место для ввода текста. | | | не знаю |
| для снижения температуры тела | | | Место для ввода текста. | | | не знаю |
| для поднятия настроения | | | Место для ввода текста. | | | не знаю |
| Когда Вам проводили последний раз прививку от столбняка | | | | | | |
| Выберите элемент. | | | | Место для ввода текста. | | |

**Дополнительные статистические сведения о Вас:**

|  |  |
| --- | --- |
| Артериальное давление, которое для Вас |  |
| является пониженным: | Место для ввода текста. |
| является нормальным: | Место для ввода текста. |
| является повышенным: | Место для ввода текста. |
| ЧСС, которое для Вас |  |
| является пониженным: | Место для ввода текста. |
| является нормальным: | Место для ввода текста. |
| является повышенным: | Место для ввода текста. |
| является критическим: | Место для ввода текста. |
| Температура тела, которая для Вас |  |
| является пониженной: | Место для ввода текста. |
| является нормальной: | Место для ввода текста. |
| является повышенной: | Место для ввода текста. |
| Как часто у Вас в походных условиях бывают? |  |
| Головные боли | Выберите элемент. |
| Боли в сердце | Выберите элемент. |
| Боли в груди | Выберите элемент. |
| Сведение, судороги мышц | Выберите элемент. |
| Боли в мышцах | Выберите элемент. |
| Боли в коленях | Выберите элемент. |
| Боли в спине | Выберите элемент. |
| Расстройство ЖКТ | Выберите элемент. |
| Тревога, перепады настроения | Выберите элемент. |
| Проблемы со сном | Выберите элемент. |
| Простудные заболевания | Выберите элемент. |
| Кровь из носа | Выберите элемент. |

Согласие на обработку, хранение и в случае необходимости, передачу квалифицированным медицинским работникам своих анкетных данных разрешаю:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Дата |  | Подпись |  | Расшифровка |