



NUME ȘI PRENUME: _____ **VÂRSTA:** _____

CNP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ECO-ID (nu completați):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ANTECEDENTE GINECOLOGICE

Vârsta de la care aveți menstruații:		Nr. zile între două menstruații:	
Câte zile durează menstruația:		Dacă sunteți la menopauză, de la ce vârstă:	
Ați avut vreodată:	DA	NU	Observații (nu completați)
Test Papanicolaou anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polipi uterini/ de col uterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fibrom uterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chist ovarian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endometrioză	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inflamații pelvine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infertilitate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boli cu transmitere sexuală	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dacă DA: <input type="checkbox"/> gonoree <input type="checkbox"/> sifilis <input type="checkbox"/> chlamydia <input type="checkbox"/> herpes genital <input type="checkbox"/> condiloame/HPV <input type="checkbox"/> altele
Cancer genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Noduli mamari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alte probleme ginecologice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sunteți virgină:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vârsta începerii vieții sexuale:	<input type="checkbox"/> sub 16 ani <input type="checkbox"/> peste 16 ani		
Metode de contracepție folosite în prezent:	<input type="checkbox"/> prezervativ <input type="checkbox"/> pilulă <input type="checkbox"/> sterilet <input type="checkbox"/> spermicide <input type="checkbox"/> altele <input type="checkbox"/> nici una		
Metode de contracepție folosite în trecut:	<input type="checkbox"/> prezervativ <input type="checkbox"/> pilulă <input type="checkbox"/> sterilet <input type="checkbox"/> spermicide <input type="checkbox"/> altele <input type="checkbox"/> nici una		

ANTECEDENTE OBSTETRICALE

Nr. nașteri la termen: _____ Nr. nașteri premature: _____ Nr. avorturi spontane: _____

Nr. avorturi la cerere: _____ Nr. copii în viață: _____

Anul nașterii	La termen/ Prematură	Naturală/ Cezariană	Sexul copilului		Greutatea copilului	Notă Apgar	Complicații	
			M	F			DA	NU
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



SUFERIȚI DE VREO BOALĂ:

Boala	Observații (nu completați)

TRATAMENTE PE CARE LE EFECTUAȚI ÎN MOMENTUL DE FAȚĂ

Medicament și doze	Observații (nu completați)

ANTECEDENTE CHIRURGICALE

Operația	Anul	Observații (nu completați)

ALERGII

1.	4.
2.	5.
3.	6.

CONDIȚII DE VIAȚĂ ȘI MUNCĂ

Status marital: <input type="checkbox"/> necăsătorită <input type="checkbox"/> căsătorită <input type="checkbox"/> divorțată <input type="checkbox"/> văduvă
Nivelul de studii: <input type="checkbox"/> liceu <input type="checkbox"/> școală postliceală <input type="checkbox"/> studii superioare
Ocupația:
Fumați în prezent: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu Nr. țigări/zi: De câți ani:
Ați fumat în trecut: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu Nr. țigări/zi: Câți ani:
Consumați alcool: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> ocazional

SEMNĂTURA,

DATA,