Анкета

Паспортная часть

Фамилия Имя Отчество _____

Дата рождения _____ Возраст _____

Группа крови _____ Резус _____

Постоянное место жительства (прописка) _____

_____

Адрес фактического места проживания (если не совпадает с пропиской) _____

_____

Телефон _____

Семейное положение: брак зарегистрирован, не зарегистрирован, одинокая
(подчеркнуть)

ФИО и телефон мужа _____

_____

Постоянное место жительства мужа (прописка) _____

_____

Адрес фактического места проживания мужа (если не совпадает с пропиской) _____

_____

Место работы, профессия, должность _____

_____

Образование _____

Наименование консультации (центра) _____

С какого срока на учете _____

Первый день последней менструации _____

Дата первого шевеления плода _____

Подпись пациентки _____ / _____/
(расшифровка подписи)

Анамнестическая часть

Заболевания у ближайших родственников		У кого	Инфекции в прошлом у Вас (обведите нужное)	
Инсульт	Да / нет		хламидиоз	Да / нет
Инфаркт	Да / нет		трихомониаз	Да / нет
Артериальная гипертензия	Да / нет		гонорея	Да / нет
Пороки развития	Да / нет		сифилис	Да / нет
Сахарный диабет	Да / нет		ВИЧ	Да / нет
Онкологические заболевания	Да / нет		Гепатит В, С, А	Да / нет
			Туберкулез	Да / нет

Аллергические реакции на лекарства (на что и как проявляются) _____

_____

Вредные привычки (подчеркните нужное) Отсутствуют Курение Алкоголь Наркотики Психотропные средства

Группа крови O(I) A(II) B(III) AB (IV) **Резус-фактор** (+) положит (-) отрицат

Детские инфекции: (подчеркните нужное) ветряная оспа, краснуха, эпид. паротит, скарлатина, корь

Хронические заболевания: _____

Психические, неврологические заболевания _____

Гинекологические заболевания: _____

Операции _____

Травмы: черепно-мозговые, позвоночника:_____

Переливания крови в прошлом Да / нет . Если да, то когда и по какому поводу _____

Половая жизнь с лет. Брак 1,2,3... Здоровье мужа – здоров, лет. Вредн. привычки

Менструации с лет. Особенности: регулярные да/нет цикл - дней , умеренные, безболезненные

Первый день последней менструации _____

Беременность (по счету) -

Перечислите беременности по порядку: год, исход беременности (роды, аборт, выкидыш, внематочная), были ли осложнения; если роды, то своевременные или преждевренные, кто и с каким весом родился, здоров ли ребенок в настоящий момент.

_____

_____

_____

_____

Данная беременность (подчеркните нужное) наступила самостоятельно / путем ЭКО / стимуляция овуляции

Течение данной беременности

Госпитализации во время данной беременности: _____

_____

Простудные заболевания во время данной беременности:_____

_____

Обострение хронических заболеваний во время данной беременности: _____

_____

Лекарственные препараты, принимаемые во время данной беременности: _____

_____

Повышение артериального давления во время/вне беременности _____

В настоящее время принимаю препараты _____

Пребывание во время беременности в тропических странах и Юго-Восточной Азии Да / нет . Если да, то в какой_____

Рост - Вес до беременности _____ кг Сегодня _____кг Общая прибавка веса _____кг

Подпись пациентки _____ / _____/

(расшифровка подписи)

Информированное согласие
на оказание медицинской помощи ребенку

Я, _____,

Поступая в родильное отделение ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана для родоразрешения даю согласие, в случае необходимости, на проведение моему ребенку:

1. Реанимационных мероприятий при рождении, а также проведение интубации с последующей ИВЛ (искусственной вентиляции легких);
2. Введение лекарственных препаратов, установки сосудистых катетеров;
3. Введение препаратов крови и ее заменителей;
4. Операции заменного переливания крови;
5. Лабораторного обследования;
6. Вакцинации против туберкулеза;
7. Вакцинации против гепатита-В (при наличии показаний);
8. Дренирование плевральной полости при пневмотораксе;
9. Пункции перикарда при пневмоперикарде;
10. Исследования спинномозговой жидкости;
11. Выведение мочи при помощи катетеризации или надлобковым методом;
12. Перевода ребенка в стационар при возникновении показаний специализированным медицинским транспортом.

Подпись_____

Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию

Я, _____

(фамилия, имя, отчество)

_____года рождения, настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

- тестирование на ВИЧ проводится в Центре СПИД и других медицинских учреждениях. Тестирование по моему добровольному выбору может быть добровольным анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно;
- доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ в крови обследуемого лица. Вместе с тем, в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое «серонегативное окно, обычно 3 месяца) при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ и обследуемое лицо может заразить других лиц.
- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:
- парентеральный - чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливания компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей;
- при сексуальных контактах без презерватива;
- от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

_____ _____

(подпись обследуемого на ВИЧ) (дата)

Информирование пациента о его основных правах

(в соответствии с основаниями охраны здоровья граждан в Российской Федерации)

Уважаемый пациент Ф.И.О _____

Вам предложено пройти обследование и лечение в нашем лечебном учреждении (наименование ЛПУ).

В нашем лечебном учреждении Вам будут предложены современные методы обследования, необходимые для оценки Вашего здоровья и выявления имеющихся заболеваний. Всю информацию, касающуюся результатов обследования, характера заболеваний, возможных вариантов и результатов лечения Вы, при желании, сможете получить в доступной форме у своего лечащего врача, заведующего отделением или специалиста, который Вас обследовал. При необходимости, Вы можете ознакомиться с Вашей медицинской документацией и сделать необходимые выписки (кроме случаев, если предоставление информации может нарушать интересы третьих лиц).

В ряде случаев необходимые для Вас исследования, процедуры и манипуляции могут вызвать развитие неприятных ощущений, побочных эффектов и осложнений. Все диагностические и лечебные мероприятия, необходимые Вам, будут осуществлять только с Вашего добровольного согласия. Информация для принятия добровольного согласия будет представляться Вам лечащим врачом или специалистом, осуществляющим исследование (процедуру, манипуляцию).

Лечебное учреждение информирует Вас о том, что во всём здании родильного дома ведётся видеонаблюдение с целью охраны Ваших законных интересов и деятельности учреждения, в том числе за надлежащим качеством оказанной медицинской помощи. Видеонаблюдение применяется на основании принятых в надлежащем порядке внутриорганизационных норм.

Вы имеете право отказаться по своим соображениям от той или иной диагностической или лечебной процедуры, Ваш письменный отказ должен быть соответствующим образом оформлен в истории болезни. Он не будет иметь административных последствий, однако может повлиять на правильность определения заболевания или явиться причиной снижения эффективности лечения. Просим Вас указать кому из близких Вам людей (родственников, доверенных лиц) может быть предоставлена информация о состоянии Вашего здоровья (результатов обследования, лечения, прогноза):

_____

_____

_____

_____

Даю своё согласие на обработку персональных данных и их передачу третьим лицам и на получение рекламно-информационных рассылок посредством смс-оповещений об акциях нашего лечебного учреждения и иной информации.

С данной информацией ознакомлен, мои права мне понятны, я получил исчерпывающие разъяснения на интересующие меня вопросы. Я ознакомился с правилами внутреннего распорядка и понимаю, что их соблюдение способствует улучшению состояния моего здоровья.

_____

(подпись пациента, Ф. И. О., дата)

_____

(подпись представителя ЛПУ, должность, Ф. И. О., дата)

Свидетельство о рождении ребёнка оформляется в роддоме № 29 на 3 этаже в кабинете «МФЦ».
Для получения свидетельства о рождении ребёнка, Вам необходимо иметь при себе:

1. **Паспорт мамы (оригинал)**
2. **Паспорт папы (оригинал).**
3. **Свидетельство о браке (оригинал).**
4. **Заявление (бланк у сотрудников МФЦ).**
5. **Справка о рождении ребёнка**
6. **Нотариально заверенные копии документов п1-3.если являетесь гражданином иностранного государства.**

Документы на свидетельство о рождении оформляются сотрудниками МФЦ ежедневно с 09.00 до 19.00.

ОЗНАКОМЛЕНА_____

Информированное согласие
на оказание медицинской помощи

Я,_____,

поступая в родильное отделение ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана, даю согласие на оказание медицинской помощи:

1. На применение, лекарственной терапии: медикаментозного лечения в отделении беременных. Родовозбуждения и родоактивации энзапростом и окситоцином, а также обезболивающих препаратов и различных видов анестезии: регионарной анестезией, эндотрахеального наркоза и местной анестезии.
2. В случае необходимости оперативного родоразрешения даю согласие на:
   - наложения акушерских щипцов;
   - вакуум-экстракцию плода;
   - извлечение плода за ножку;
   - кесарево сечение;
   - эпизиотомию, перинеотомию, с последующим восстановлением промежности.
3. В случае дефекта плаценты или несвоевременного отделения последа, гипотонического кровотечения согласна на применение в родах ручного обследования полости матки, при массивном кровотечении удаление матки.
4. В случае необходимости согласна на переливание крови, компонентов крови и инфузионных средств.
5. При вопросе о совместном или раздельном пребывании в послеродовом отделении, а так-же при выписке из стационара обязуюсь руководствоваться рекомендациями врача акушера – гинеколога, неонатолога.
6. Выписка из родильного дома производится не ранее 3-4 суток (роды через естественные родовые пути) или 6 суток (операция кесарево сечение).
7. В послеродовом периоде при неполном опорожнении полости матки её содержимого (сгустки крови, децидуальная ткань и другое) производится вакуум-аспирация полости матки.

Дата_____ Подпись_____

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
Городская клиническая больница № 29 им Н.Э. Баумана
111020, Москва, Госпитальная площадь, д.2 «____»_____2022 г
Я, _____
(Ф.И.О. полностью)_____года рождения, зарегистрированная по адресу:
_____
Фактически проживающая по адресу:_____
_____

В соответствии со ст. 6.3. КоАП РФ, требованиями постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24.01.2020 № 2 «О дополнительных мероприятиях по недопущению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019- nCoV», приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 30.01.2020 № 65 « О мероприятиях по своевременному выявлению, диагностике и профилактике инфекции, вызванной коронавирусом 2019- nCoV, в городе Москве», постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.03.2020№ 7 «Об обеспечении режима изоляции в целях предотвращения распространения COVID-2019», постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 30.03.2020 №9 «О дополнительных мерах по недопущению распространения COVID-2019»,

отвечая на предложенные вопросы, заявляю:

№	Вопрос	Ответ (да/нет)
1	Выезжали ли Вы за территорию Российской Федерации в течение последних 14 (четырнадцати) дней?	
2	Выезжали ли Вы за территорию Московской области в течение последних 14 (четырнадцати) дней?	
3	Были ли у Вас тесные контакты за последние 14 (четырнадцати) дней с лицами, находящимися под наблюдением по 2019- nCoV-инфекции?	
4	Были ли у Вас тесные контакты за последние 14 (четырнадцати) дней с лицами, находящимися под наблюдением по 2019- nCoV-инфекции, **которые в последующем заболели**?	
5	Были ли у Вас тесные контакты за последние 14 (четырнадцати) дней с лицами, **у которых лабораторно подтвержден диагноз 2019- nCoV-инфекции?**	
6	Были ли у Вас эпизоды повышения температуры тела выше 37,0 ºС за последние 14 (четырнадцать) дней?	
7	Были ли у Вас кашель, насморк, боли в горле за последние 14 (четырнадцать) дней?	
8	Получали ли Вы лечение амбулаторно/стационарно с диагнозом «ОРВИ», «ОРЗ», «острый бронхит», «пневмония», «острый тонзиллит» за последние 14 (четырнадцать) дней?	
9	Имеются ли у Вас положительные результаты тестов на 2019- nCoV-инфекцию?	
10	**ПЦР Мазок взят на COVID -19 В ПРИЁМНОМ ОТДЕЛЕНИИ № 2 ГКБ№ 29 ИМ.Н.Э.БАУМАНА**	

Настоящая анкета заполнена мною собственноручно, правовые последствия ее написания мне известны (административная ответственность за нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

_____/_____

Подпись Ф.И.О. полностью

_____/_____

Подпись лечащего врача Ф.И.О. врача полностью