

Будь ласка, заповніть дані мовою / польським або англійським алфавітом

## РЕВАЗЕКТОМІЯ - АНКЕТА ПАЦІЄНТА

Прохання відповісти на кожне питання у цій формі (із позначкою (\*) не обов'язкове). Для нас важливо отримати найточнішу інформацію про минуле пацієнта, його історію хвороби, репродуктивну історію, а також плани та очікування на майбутнє, щоб найкращим чином допомогти пацієнту. Отримані дані будуть використані для подальших наукових досліджень.

Ім'я та прізвище	<input type="text"/>	Ім'я партнерки (*)	<input type="text"/>
Вік	<input type="text"/>	Освіта	<input type="text"/>
Професія	<input type="text"/>	Професія	<input type="text"/>
Подружжя	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Інше	<input type="text"/>
Стаж відносин	<input type="text"/>	Чи вважаєте ви, що це постійні стосунки?	<input type="checkbox"/> Т <input type="checkbox"/> Н

	1	2	3	4	5	6
Вік дитини	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Стать (Жінка/Чоловік)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Наші/Моє/її/Всиновлена	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Живе зі мною (так/ні)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Чи хочете ви мати більше дітей у майбутньому? (так/ ні/ не знаю)  Т  Н  ?

Чи розглядали б ви можливість усиновлення, якби вирішили мати ще дітей?  Т  Н

Як давно ви розглядаєте можливість ревазектомії?

Чи є у вас або вашого партнера якісь сексуальні проблеми або занепокоєння?  Т  Н

Чи є в родині генетичні захворювання? Якщо так, то якої саме?

Як ви оцінюєте свій поточний стан здоров'я? (Добре / Середньо / Погано)  Д  С  П

Ви пережили психічне захворювання або депресію? (\*)  Т  Н

Чи вважаєте ви, що ваш організм більш чутливий до болю, ніж середньостатистичної людини?  Т  Н

Ви схильні до непритомності?  Т  Н

Чи схильні ви або хтось у вашій родині до кровотеч або розладів?  Т  Н

Чи були у вас захворювання нирок або порушення їх функції?  Т  Н

Чи хворіли ви на простатит, епідидиміт, гонорею, хламідіоз, гепатит або СНІД?  Т  Н

Чи були у вас коли-небудь грижа, інфекція, рак або аномалії мошонки чи яєчок?  Т  Н

Чи були у вас коли-небудь серйозні травми або операції на мошонці або яєчках?  Т  Н

Перерахуйте всі операції, які ви перенесли

Чи були у вас ускладнення, надмірний біль або кровотеча після процедури?  Т  Н

Перерахуйте всі ліки, які ви приймали протягом останніх двох тижнів

Чи приймали ви аспірин або продукти, що його містять, протягом останніх 5 днів?  Т  Н

Перерахуйте всі алергії на ліки, препарати або анестетики (якщо вони у вас є, якщо ні - залиште поле пустим)

Перерахуйте всі серйозні захворювання, які ви перенесли

Коли була проведена вазектомія?

Дата і підпис пацієнта