



## Registrace k porodu - porodnice Nymburk s.r.o.:

Nemocnice Nymburk, s.r.o.

Boleslavská 425/9

288 01 Nymburk

Vaše

příjmení \_\_\_\_\_

jméno \_\_\_\_\_

titul \_\_\_\_\_

rodné číslo \_\_\_\_\_

pojišťovna \_\_\_\_\_

narozena dne \_\_\_\_\_

rozená: \_\_\_\_\_

státní příslušnost: \_\_\_\_\_

pracovní pozice: \_\_\_\_\_

název zaměstnavatele: \_\_\_\_\_

rodinný stav: \_\_\_\_\_

číslo občanského průkazu: \_\_\_\_\_

Vaše trvalá adresa: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_ stát: \_\_\_\_\_

Číslo Vašeho mob. telefonu: \_\_\_\_\_

Vaše přechodná adresa: \_\_\_\_\_

Váš obvodní lékař: MUDr. \_\_\_\_\_ Váš gynekolog: MUDr. \_\_\_\_\_

Kontakt na Vaši osobu blízkou: (partner, rodič)

Jméno, příjmení, vztah, telefon : \_\_\_\_\_

Jméno, příjmení, vztah, telefon : \_\_\_\_\_

**Rodinná anamnéza:** choroby ve Vaší rodině, např. cukrovka, vysoký tlak krve, rakovina, mozková příhoda, vrozené vady:

Rodiče Vaši či partnera, sourozenci	jaké onemocnění- v kolika letech onemocněl	léčí se / zemřel

**Osobní anamnéza:** prodělala jste běžná dětská onemocnění do 18let? ano – jaká? \_\_\_\_\_

Vaše operace: např. slepé střevo, kýla, gyn.operace -rok \_\_\_\_\_

Byla Vám diagnostikována hypertenze: ne / ano, popř. - jaké léky užíváte? \_\_\_\_\_

Byl Vám diagnostikován diabetes mellitus: pouze dieta / aplikujete si inzulin? \_\_\_\_\_

Byla Vám diagnostikována tromboembolická nemoc: ne / ano, \_\_\_\_\_

Byla Vám diagnostikováno onemocnění štítné žlázy: ne / ano \_\_\_\_\_

Prodělala jste infekční onemocnění? ne / ano - v kolika letech, jaká: \_\_\_\_\_

Prodělala jste hepatitidu B ? ne / ano, rok: \_\_\_\_\_ mononukleosou? Ne / ano, rok \_\_\_\_\_

Prodělala jste vážný úraz v oblasti malé pánve? ne / ano - kdy, jaký \_\_\_\_\_

Máte křečové žíly? ne / ano – lokalizace: lýtka - genitál

**Máte alergii:na potraviny-jaké:\_\_\_\_\_alergie na léky, které:\_\_\_\_\_**

Užíváte pravidelně nějaké léky? Jaké?\_\_\_\_\_

Kouříte- kolik cigaret denně?\_\_\_\_\_ Užívala jste návykové látky v minulosti? Jaké:\_\_\_\_\_

Byla Vám podána transfuze? ne / ano -rok: \_\_\_\_\_

**Gynekologická anamnéza:**

Měsíčky máte od kolika let? \_\_\_\_\_ Pravidelné- nepravidelné, kolik dní trvají: \_\_\_\_\_

Prodělala jste gynekologické onem.? \_\_\_\_\_

Porody:

Rok porodu	Vaginální-Císařský řez kde jste rodila?	Týden těhotenství	Váha / míra	Komplikace?	Děťátko je zdravé?

Prodělala jste samovolný potrat, pokud ano v jakém roce, týdnu těh.? \_\_\_\_\_

Podstoupila jste umělé přerušeni těhotenství, pokud ano (rok): \_\_\_\_\_

Prodělala jste mimoděložní těhotenství, rok?: \_\_\_\_\_

Hormonální antikoncepce: neužívala / užívala, jakou? \_\_\_\_\_

**Nynější těhotenství:**

Byla jste v nynější graviditě hospitalizována : ne / ano-důvod:\_\_\_\_\_

Screening.vyš.: jsem nepodstoupila / podstoupila : byla negativní - pozitivní

Otěhotněla jste: přirozeně / po IVF , Měla jste před těhotenstvím opakované záněty? Ano / ne

Test na těhotenskou cukrovku: byl negativní - pozitivní

Máte doma zvířata- jaká?\_\_\_\_\_

Žijete v: bytě / rodinném domku.

Přišla jste v těhotenství do styku s chemikáliemi? ne / ano- s jakými:\_\_\_\_\_

V těhotenství jste užívala nějaké omamné látky? ne / ano- jaké:\_\_\_\_\_

Užívala jste v těhotenství nějaké léky?vitamíny,antibiotika, vag.tbl. jaké\_\_\_\_\_

Chcete nám ještě něco podstatného sdělit?\_\_\_\_\_

Děkujeme Vám za spolupráci

