АНКЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ (МУЖЧИНЫ)

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (полностью) |  |
| Пол |  | Год рождения |  |
| Адрес |  |
| Место работы |  |
| Должность |  |
| Страховой полис |  |

ВОПРОСЫ АНАМНЕСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

|  | Да | Нет |
| --- | --- | --- |
| ***Желудочно-кишечный тракт*** |
| 1. Нарастающая слабость, утомляемость, недомогание  |  |  |
| 2. Понижение или отсутствие аппетита |  |  |
| 3. Понижение веса тела, похудение  |  |  |
| 4. Отрыжка (кислым, горьким, тухлым, воздухом)  |  |  |
| 5. Изжога  |  |  |
| 6. Тошнота  |  |  |
| 7. Рвота  |  |  |
| 8. Затруднение прохождения пищи по пищеводу, боли  |  |  |
| 9. Тяжесть, боли в эпигастрии, прав. лев. подреберьях  |  |  |
| 10. Боли в животе, вздутие, запоры, поносы  |  |  |
| 11. Боли, дискомфорт в области прямой кишки, ануса  |  |  |
| 12. Выделение слизи, крови из прямой кишки  |  |  |
| 13. Другие жалобы(вписать) |  |  |
| ***Легкие*** |
| 1. Кашель сухой, с мокротой, кровохарканье  |  |  |
| 2. Одышка, боль в гр. клетке, повышение температуры  |  |  |
| 3. Другие симптомы (вписать) |  |  |
| ***Кожные покровы и слизистые*** |
| 1. Возвышение, опухоль или язва  |  |  |
| 2. Рост, кровоточивость, др. измен. пигмент. пятна  |  |  |
| 3. Увеличение регионарных лимфоузлов  |  |  |
| ***Щитовидная железа*** |
| 1. Обнаружение узла, уплотнения в железе  |  |  |
| 2. Обнаружение увеличенных лимфоузлов на шее  |  |  |
| 3. Ощущение давления в области железы, осиплость  |  |  |
| ***Лимфогранулематоз*** |
| 1. Обнаружение увеличенных периферических л/узлов  |  |  |
| 2. Лихорадка, потливость, кожный зуд, похудание  |  |  |
| ***Органы мочеполовой системы*** |
| 1. Кровь в моче  |  |  |
| 2. Боли в поясничной области  |  |  |
| 3. Повышение температуры тела  |  |  |
| 4. Снижение веса  |  |  |
| 5. Затруднение, расстройство мочеиспускание  |  |  |
| 6. Боли, дискомфорт в области промежности  |  |  |
| 7. Уплотнение, увеличение яичка  |  |  |
| 8. Наличие опухоли, язвы, деформ. полового члена  |  |  |
| 9.Другие симптомы, подозрительные на наличие новообразование (вписать) |  |  |

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись заполнявшего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_