

ФИО Пациента		Дата рождения пациента	
Пол	Контактный телефон	E - mail	Дата забора материала

ФИО врача	Город
E-mail врача	Тел. врача

Код услуги	Наименование услуги
<input type="checkbox"/> 96-84-001	МВ-401 Микробиом кишечника (каловые массы)
<input type="checkbox"/> 96-84-002	МВ-602 Микробиом 16S + Миком18S с интерпретацией и рекомендацией по пробиотической коррекции (каловые массы)
<input type="checkbox"/> 96-84-003	МВ-402 Микробиом 16S с интерпретацией и рекомендацией по пробиотической коррекции (каловые массы)
<input type="checkbox"/> 96-84-004	МВ-701 Метагеномное секвенирование WGS с интерпретацией (каловые массы)
<input type="checkbox"/> 96-84-005	МВ-601 Микробиом 16S + Миком 18S с интерпретацией (каловые массы)
<input type="checkbox"/> 96-93-001	МВ-401 Микробиом урогенитального тракта, уретра (мазок из уретры)
<input type="checkbox"/> 96-94-001	МВ-401 Микробиом урогенитального тракта, цервикальный канал (мазок из цервикального канала)
<input type="checkbox"/> 96-95-001	МВ-401 Микробиом урогенитального тракта, влагалище (мазок из влагалища)

Материал на исследование берется в Набор MICROBIOM.
Заполнение анкеты обязательно.

АНКЕТА ПЕРЕД МЕТАГЕНОМНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ

Подлежит заполнению лицами строго 18+

РАБОТА

Род деятельности

Проф. вредность

- НЕТ _____
 ДА _____

указать какая

ПИТАНИЕ

По своим привычкам питания вы себя оцениваете как:

- ВСЕЯДНЫЙ(АЯ) _____
 ВСЕЯДНЫЙ(АЯ), ИСКЛЮЧАЯ Т.Н. КРАСНОЕ МЯСО _____
 ВСЕЯДНЫЙ(АЯ), ИСКЛЮЧАЯ РЫБУ _____
 ВЕГЕТАРИАНЕЦ(КА), НО НЕ ИСКЛЮЧАЮ РЫБУ _____
 ВЕГЕТАРИАНЕЦ(КА), НО НЕ ИСКЛЮЧАЮ МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ _____
 ВЕГЕТАРИАНЕЦ(КА), НО НЕ ИСКЛЮЧАЮ МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ И ЯЙЦА _____
 ВЕГАН _____
 ИСКЛЮЧАЮ МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ _____
 БЕЗГЛЮТЕНОВАЯ ДИЕТА _____
 КЕТО-ДИЕТА _____
 LOW FOODMAP _____
 ДРУГАЯ ДИЕТА _____

указать какая

ВИРУСНАЯ НАГРУЗКА

Болели ли вы COVID-19

- НЕТ _____
 ДА _____

Степень тяжести

- БЕЗ СИМПТОМОВ _____
 ЛЁГКАЯ СТЕПЕНЬ (КАШЕЛЬ, ОТСУТСТВИЕ ВКУСА И ОБОЯНИЯ, ТЕМПЕРАТУРА) _____
 СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ (ПНЕВМОНИЯ, БЕЗ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ) _____
 ТЯЖЁЛАЯ СТЕПЕНЬ (ПНЕВМОНИЯ, С ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ) _____
 ОЧЕНЬ ТЯЖЁЛАЯ СТЕПЕНЬ (РЕАНИМАЦИЯ, ИВЛ) _____

КУРЕНИЕ

- НЕТ _____
 ДА _____

Бросил (а)

указать когда

АЛКОГОЛЬ

- НЕТ _____
 ДА _____

Как часто

ВИРУСНАЯ НАГРУЗКА

Болели ли вы Туберкулёзом

- НЕТ _____
 ДА _____
 НЕ ЗНАЮ _____

Болели ли вы ВИЧ

- НЕТ _____
 ДА _____
 НЕ ЗНАЮ _____

Болели ли вы Гепатит

- НЕТ _____
 НЕ ЗНАЮ _____
 ДА _____

указать какой

Болели ли вы ВПЧ

- НЕТ _____
 НЕ ЗНАЮ _____
 ДА _____

указать какой

Болели ли вы ЗПП

- НЕТ _____
 НЕ ЗНАЮ _____
 ДА _____

указать какое/ие

Принимаете ли вы лекарственные препараты:

- НЕТ _____
 ДА _____

КАКИЕ

указите какие

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Болели ли вы COVID-19

- РОСТ _____
 МАССА ТЕЛА _____

ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВЕСА НА +____ КГ / -____ КГ ОТМЕЧАЛИСЬ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ____ НЕДЕЛЬ/МЕСЯЦЕВ/ЛЕТ (НУЖНОЕ ПОДЧЕРКНУТЬ), СВЯЗАНЫ С _____

ВОПРОСЫ ДЛЯ ЖЕНЩИН

Используете ли вы ежедневные прокладки

- НЕТ _____
 ДА _____

Контрацепция

- ПРЕЗЕРВАТИВЫ _____
 КОК _____
 ДРУГОЕ _____

ОТВЕТЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ЧЕМ ВЫ БОЛЕЕТЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИЛИ БОЛЕЛИ РАНЕЕ (ОТМЕЧАТЬ +):

Группы болезней

Болезни

Указать время постановки диагноза

ОПУХОЛИ

- ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ (УКАЖИТЕ В КАКОМ ОРГАНЕ)
 ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ (В КАКОМ ОРГАНЕ, СИСТЕМЕ)

БОЛЕЗНИ КРОВИ

- АНЕМИЯ (МАЛОКРОВИЕ)
 ЛЕЙКОЗ
 НАРУШЕНИЯ СВЁРТЫВАНИЯ КРОВИ/ТРОМБОФИЛИЯ/ГЕМОФИЛИЯ

НАРУШЕНИЯ
ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

- САХАРНЫЙ ДИАБЕТ (УКАЖИТЕ I ИЛИ II ТИП)
 ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (УКАЖИТЕ КАКАЯ)
 ОЖИРЕНИЕ
 НЕДОСТАТОК МАССЫ ТЕЛА

ПСИХИЧЕСКИЕ
НАРУШЕНИЯ

- ДЕПРЕССИЯ/ СИНДРОМ ТРЕВОГИ/
 ИНЫЕ (УКАЖИТЕ КАКИЕ).....

НЕРВНЫЕ
БОЛЕЗНИ

- ЭПИЛЕПСИЯ
 ГОЛОВНЫЕ БОЛИ/ МИГРЕНЬ (БОЛЕЕ 3-Х РАЗ В НЕДЕЛЮ)
 БОЛИ В СПИНЕ/ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА
 НАРУШЕНИЕ СНА
 ДЕМИНИЛИЗАЦИЯ (ПАРКИНСОНИЗМ, РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ И ДР)

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Занимаетесь

или занимались ли вы спортом:

- НЕТ _____
 ДА _____

КАКИМ

СЕКСУАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

Практикуете ли вы оральный секс

- НЕТ _____
 ДА _____

Практикуете ли вы анальный секс

- НЕТ _____
 ДА _____

Последний половой акт был

ЖАЛОБЫ НА ДАННЫЙ МОМЕНТ

ОТВЕТЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ЧЕМ ВЫ БОЛЕЕТЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИЛИ БОЛЕЛИ РАНЕЕ (ОТМЕЧАТЬ +):

Группы болезней

Болезни

Указать время
постановки диагноза

БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ	<input type="checkbox"/> ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ (ДАВЛЕНИЕ ВЫШЕ 120/80) <input type="checkbox"/> ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ/АРИТМИЯ (ОТМЕТИТЬ) <input type="checkbox"/> ВОСПАЛЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ (МИОКАРДИТ) <input type="checkbox"/> ИБС/ИНФАРКТ/ИНСУЛЬТ (ОТМЕТИТЬ) <input type="checkbox"/> ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН/ТРОМБОЗ (ОТМЕТИТЬ) <input type="checkbox"/> РЕВМАТИЗМ
БОЛЕЗНИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ	<input type="checkbox"/> ХРОНИЧЕСКИЙ/АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ <input type="checkbox"/> ТОНЗИЛИТ (ОСТРЫЙ ИЛИ ХРОНИЧЕСКИЙ)/ ГАЙМОРИТ(ОТМЕТИТЬ) <input type="checkbox"/> БРОНХИТ (ОСТРЫЙ ИЛИ ХРОНИЧЕСКИЙ)/ПНЕВМОНИЯ (ОТМЕТИТЬ) <input type="checkbox"/> ХОБЛ (ВКЛЮЧАЯ БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ И ХРОНИЧЕСКИЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ)
СТОМАТОЛОГИЯ	<input type="checkbox"/> КАРИЕС <input type="checkbox"/> БОЛЕЗНИ ДЁСЕН (ГИНГИВИТ, ПАРОДОНТИТ, ПАРОДОНТОЗ)
БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ	<input type="checkbox"/> ЦИРРОЗ, ФИБРОЗ (ОТМЕТИТЬ) <input type="checkbox"/> ГЕМОХРОМАТОЗ <input type="checkbox"/> ГЕПАТОМЕГАЛИЯ
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	<input type="checkbox"/> ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (УКАЖИТЕ ЖЕЛУДКА И/ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ) <input type="checkbox"/> ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ <input type="checkbox"/> ВОСПАЛЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ПАНКРЕАТИТ) <input type="checkbox"/> ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ <input type="checkbox"/> НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ГЛЮТЕНА <input type="checkbox"/> НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ЛАКТОЗЫ (МОЛОКА) <input type="checkbox"/> ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ <input type="checkbox"/> БОЛЕЗНЬ КРОНА <input type="checkbox"/> СРК (СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА) <input type="checkbox"/> СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА <input type="checkbox"/> РАССТРОЙСТВО СТУЛА (СКЛОННОСТЬ К ЗАПОРАМ, ДИАРЕИ) (УКАЖИТЕ)
КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ	<input type="checkbox"/> ГНОЙНЫЕ ВОСПАЛЕНИЯ КОЖИ <input type="checkbox"/> АЛЛЕРГИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ КОЖИ <input type="checkbox"/> АКНЕ (УГРЕВАЯ СЫПЬ) <input type="checkbox"/> ПСОРИАЗ
БОЛЕЗНИ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ	<input type="checkbox"/> ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ СУСТАВОВ (УКАЖИТЕ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ, АРТРОЗ И ПР.) <input type="checkbox"/> БОЛЕЗНИ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ (ОСТЕОХОНДРОЗ) <input type="checkbox"/> ПОДАГРА <input type="checkbox"/> ОСТЕОПОРОЗ <input type="checkbox"/> ПЕРЕЛОМЫ/ ВЫВИХИ
БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	<input type="checkbox"/> НЕФРИТ ИЛИ ПИЕЛONEФРИТ (УКАЖИТЕ) <input type="checkbox"/> ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТИС <input type="checkbox"/> МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ	<input type="checkbox"/> ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКА/ВПЧ <input type="checkbox"/> МИОМА, МАСТОПАТИИ <input type="checkbox"/> ЭНДОМЕТРИОЗ <input type="checkbox"/> КАНДИДОЗ <input type="checkbox"/> ВАГИНОЗ
МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ	<input type="checkbox"/> ПРОСТАТИТ <input type="checkbox"/> АДЕНОМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ЗДОРОВЬЯ БРАТЬЕВ, СЕСТЁР, БЛИЗЖАЙШИХ РОДСТВЕННИКОВ НА ВАШЕ УСМОТРЕНИЕ

БЫЛА ЛИ КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ ИЛИ РАССТРОЙСТВО ПИЩЕВАРЕНИЯ В БЛИЗЖАЙШЕЕ ВРЕМЯ И КОГДА? КАКИЕ МЕДИКАМЕНТЫ ПРИНИМАЛИ?

Принимали ли вы медикаменты из групп: слабительные средства и/или симпатомиметики за 72 часа до сбора биоматериала? Если да, то какие?

- НЕТ _____
 ДА _____

Принимали ли вы антибиотики за 6 месяцев до сбора биоматериала? Если да, то какие?

- НЕТ _____
 ДА _____

Посещали ли вы экзотические страны, менее чем за 1 месяц до сбора биоматериала?

- НЕТ _____
 ДА _____

Я согласен (согласна) на обработку персональных данных в научно — исследовательских целях. Результаты исследования могут войти в общую медико-генетическую документацию и быть опубликованы в научной печати, но моё имя (и моих родственников) использоваться не будет. Никакая информация, позволяющая идентифицировать личность, опубликована не будет. В случае моего отказа это никак не отразиться на медицинской помощи, которую я буду получать в дальнейшем.

ДА

Принимали ли вы медикаменты из групп: слабительные средства и/или симпатомиметики за 72 часа до сбора биоматериала? Если да, то какие?

- НЕТ _____
 ДА _____

Принимали ли вы пробиотики или молочнокислые продукты за 24 часа до сбора биоматериала? Если да, то какие?

- НЕТ _____
 ДА _____

Заказчик _____ / _____ / _____