

פרופיל רפואי של אם פונדקאית דוגמה.



אם אי פעם עברת הפלה טבעית או הפלה מלאכותית מתי זה קרה? **לא**
האם את מיניקה כרגע? **לא**
אם היית בהיריון לפני כן, אנא מלאי את הפרטים הבאים:

שנה	מין הילד	משך	סיבוכים	בריא?
2010	זכר	41 שבועות	לא	כן
2012	נקבה	38 שבועות	לא	כן

היסטוריית הפרייון:

גיל המחזור הראשוני - 13

מרווח בין מחזורים - 29

אם יש לך כאבי מחזור אנא תארי - **לא**

האם יש לך דימום בין המחזורים? **לא**

מתי היה משטח הפאפ האחרון שלך? **25.10.2017**

אם היה לך משטח פאפ חריג מתי זה היה? **לא**

האם יש לך הפרשה משד אחד או משניהם? **לא**

האם אי פעם היה לך אחד מהדברים הבאים? **לא**

זיבה	לא	נתונים	גיל	טיפול
כלמידיה	לא			
קונדילומה (יבלות מין)	לא			
עגבת	לא			
הרפס	לא			
אחר	לא			

האם אימא שלך לקחה DES כשהיא הייתה בהריון איתך? **לא**

אם יש היסטוריה של אי-פוריות במשפחתך, אנא תארי - **לא**

האם את שייכת לאנשים עם נטייה מינית לא מסורתית? **לא**

מצב משפחתי - **נשואה**.

היסטוריה של אמצעי מניעה/ מינית:

באיזה אמצעי מניעה השתמשת?

קונדומים	באיזו שיטה את משתמשת כרגע?
קונדומים	באיזו שיטה משתמש בן הזוג שלך כרגע?
כן	האם את פעילה מינית עכשיו?
כן	האם מערכת היחסים שלכם מונוגמית?
1	כמה פרטנרים היו לך בשנה האחרונה?

היסטוריה רפואית אישית:

לא	האם יש לך כרגע אלרגיות ל:
לא	האם את מיניקה כרגע?
לא	האם מיששו במשפחתך, כולל אותך, חווה הישנות של תסמינים גופניים כרוניים שטרם הוערכו על ידי רופא?
	אנא כללי אותם תסמינים שייטכן שאינך מחשיבה כרציניים. אם כן, יש להסביר
תקינה	איך הראייה שלך (ללא משקפיים)?
לא	האם את מרכיבה משקפיים או עדשות מגע?
כן	האם יש לך שמיעה תקינה?

-	אנא תארי שמיעה לא תקינה
תקינה	מה מצב השיניים שלך?
לא	אם אי פעם הייתה לך פלטה או גשר, יש לתאר
לא	את צמחונית?
לא	אם אי פעם עברת ניתוח, אנא תארי
לא	אם אי פעם היו לך אשפוזים שלא צוינו קודם לכן, יש לתאר
לא	אם היו לך אי פעם סיבוכים כתוצאה מניתוח, אנא תארי
לא	אם יש לך או למישהו מבני משפחתך היפרטרמיה ממאירה או חום גבוה לאחר ניתוח, פציעה או פעילות גופנית, אנא תארי
לא	אם נחשפת לכמות גדולה של קרינה או לקרני רנטגן, אנא תארי
לא	האם גרת אי פעם בצ'רנוביל או באזורים שמסביב מאז 1986, אנא תארי
לא	האם אי פעם ביקרת באזור ההחרגה, אנא תארי
לא	אם אי פעם קיבלת עירווי דם, מתי?
לא	יש לך קעקועים?
לא	האם אי פעם עישנת סיגריות?
לא	אם את נוטלת תרופות כלשהן בזמן הנוכחי, מה הן?
לא	אם אי פעם ייעצו לך לעבור בדיקות אבחון, אשפוז או ניתוח שלא בוצעו, אנא הסבירי
לא	אם אי פעם הייתה לך טראומה רצינית, אנא הסבירי
לא	אם עלית או ירדת יותר מ 4.5 ק"ג בשנה האחרונה, אנא הסבירי
לא	אם אי פעם השתתפת בייעוץ בתחום בריאות הנפש, אנא הסבירי
לא	איזה סוג של משקאות אלכוהוליים את שותה?
-	כמה משקאות?
לא	את צורכת?
לא	האם אי פעם השתמשת בסמים בהזרקה?
לא	האם אי פעם היית עם בן זוג שייתכן שהשתמש בסמים בהזרקה?
לא	האם טופלת בגלל שימוש בסמים, אלכוהול, בעיות התמכרות?
לא	אם יש לך תביעות משפטיות התלויות ועומדות נגדך, יש להסביר

היסטוריה משפחתית:

אם ביולוגית - 1975 - בריאה
 אב ביולוגי - 1975 - בריא
 סבתא ביולוגית מצד האם - 1950 - 2014 - תאונה
 סב ביולוגי מצד האם - 1952 - בריא
 סבתא ביולוגית מצד האב - 1950 - בריאה
 סב ביולוגי מצד האב - 1951 - בריא
 אח/ות:
 אח יליד 1994 - בריא - אין לו ילדים
 אנא תארי תאומים או לידות מרובות אחרות שייתכן שהתרחשו במשפחתך - לא.

רקע רפואי:

צייני אם הסבים, ההורים, האחאים, הילדים, הדודות, הדודים, בני הדודים או חברים אחרים במשפחה המורחבת (קרובי משפחה) סבלו או סובלים כעת מאחד מהבעיות הרפואיות הבאות המפורטות להלן. אנא שימי לב לגבי דודות, דודים או בני דודים אם בצד האים או האבשל המשפחה, מתאים לתת גיל בעת התפרצות המחלה, הטיפול, תרופות וכו'.



לב:			
אם כן, יש לתאר	משפחה	עצמי	בעיה רפואית
		לא	שבץ מוחי
		לא	התקף לב
		לא	מחלת לב
		לא	אוושה בלב
		לא	התקשות העורקים
		לא	לחץ דם גבוה
		לא	כולסטרול גבוה

דם:			
אם כן, יש לתאר	משפחה	עצמי	בעיה רפואית
		לא	אנמיה
		לא	אנמיה חרמשית
		לא	המופיליה או בעיית דימום אחרת
		לא	לוקמיה
		לא	כשל חיסוני
		לא	תלסמיה

נשימה (ריאות):			
אם כן, יש לתאר	משפחה	עצמי	בעיה רפואית
		לא	קדחת השחת
		לא	אסטמה
		לא	נפחת
		לא	שחפת
		לא	סרטן ריאות
		לא	דלקת ריאות
		לא	סיסטיק פיברוזיס
		לא	מחלת ריאות אחרת

נשימה (ריאות):			
אם כן, יש לתאר	משפחה	עצמי	בעיה רפואית
		לא	כיב קיבה או תריסרון
		לא	אבני מרה
		לא	הפטיטיס A (זיהומי)
		לא	הפטיטיס B (סרום)
		לא	הפטיטיס C
		לא	מחלת כבד אחרת
		לא	סרטן המעי הגס
		לא	קוליטיס כיבית
		לא	מחלת קרוהן
		לא	סרטן המעייים
		לא	שחמת
		לא	סטנוזיס פילורי
		לא	הפרעה רקטלית
		לא	כל בעיה אחרת של מערכת העיכול



מטבולי / אנדוקריני:			
אם כן, יש לתאר	משפחה	עצמי	בעיה רפואית
		לא	סוכרת
		לא	היפוגליקמיה
		לא	מחלה בבלוטת התריס
		לא	סרטן בלוטת התריס
		לא	זפק
		לא	דלקת ריאות
		לא	תפקוד לקוי של יותרת הכליה
		לא	פניל קטונוריס

שתן:			
אם כן, יש לתאר	משפחה	עצמי	בעיה רפואית
		לא	מחלת כליות
		לא	אבנים בכליות
		לא	מחלות אחרות של השופכה, שופכן שלפוחית השתן

איברי המין / הרבייה:			
אם כן, יש לתאר	משפחה	עצמי	בעיה רפואית
		לא	אשך שלא ירד
		לא	היפוספדיאס
		לא	סרטן הערמונית
		לא	פיברוזיס של הרחם
		לא	אנדומטריוזיס
		לא	סרטן צוואר הרחם
		לא	סרטן השחלות
		לא	ציסטות בשחלות
		לא	סרטן הרחם
		לא	הפלה ספונטנית, הפלה, לידת עובר מת
		לא	מוות מוקדם של תינוקות
		לא	הפרעה רקטלית
		לא	מנופאוזה מוקדמת (גיל מעבר מוקדם)
		לא	איברי מין לא חד-משמעיים

נוירולוגיות:			
אם כן, יש לתאר	משפחה	עצמי	בעיה רפואית
		לא	מיגרנות
		לא	פיגור שכלי
		לא	תסמונת דאון
		לא	תסמונת טרנר
		לא	X שביר
		לא	טרשת נפוצה
		לא	שיתוק מוחין
		לא	אפילפסיה, התקפים
		לא	הידרוצפלוס
		לא	הפרעה בחוט השדרה
		לא	כוריאיה ע"ש הנטינגטון
		לא	מחלת גושה



		לא	מחלת קנוואן
		לא	טאי זקס
		לא	מחלת וילסון
		לא	מחלת פרקינסון
		לא	מחלת אלצהיימר
		לא	סניליות לפני גיל 50
		לא	מחלה אחרת של מערכת העצבים

בריאות הנפש:			
אם כן, יש לתאר	משפחה	עצמי	בעיה רפואית
		לא	סכיוזופרניה
		לא	מאניה דפרסיה
		לא	דיכאון
		לא	התאבדות
		לא	הפרעות אחרות בבריאות הנפש הדורשות אשפוז

שרירים / עצמות / מפרקים:			
אם כן, יש לתאר	משפחה	עצמי	בעיה רפואית
		לא	ניוון שרירים
		לא	מחלת שרירים כרונית אחרת
		לא	זאבת
		לא	עיוות של עמוד השדרה / ספינה ביפידה
		לא	אוסטאופורוזיס
		לא	גמדות
		לא	דלקת מפרקים שגרונית
		לא	דלקת מפרקים ניונית
		לא	שיגדון
		לא	חיך שסוע/שפה שסועה
		לא	תסמונת מרפן

ראייה / צליל / ריח:			
אם כן, יש לתאר	משפחה	עצמי	בעיה רפואית
		לא	חירשות לפני גיל 60
		לא	עיוות באוזן
		לא	קטרקט לפני גיל 50
		לא	עיוורון
		לא	עיוורון צבעים
		לא	סטייה במחיצת האף
		לא	גלאוקומה
		לא	רטיניטיס פיגמנטוזה
		לא	כל הפרעת ראייה / צליל / ריח אחרת



עור:			
אם כן, יש לתאר	משפחה	עצמי	בעיה רפואית
		לא	אקנה
		לא	אקזמה
		לא	סרטן העור
		לא	הפרעת פיגמנטציה
		לא	נורופיברומטוזיס
		לא	הפרעות אחרות בעור

אחר:			
אם כן, יש לתאר	משפחה	עצמי	בעיה רפואית
		לא	אלכוהוליזם
		לא	שימוש בסמים, שימוש לרעה או התמכרות
		לא	סרטן השד
		לא	מוות מוקדם, לפני גיל 50
		לא	כל סרטן אחר שלא הוזכר
		לא	בעיות מולדות במפרק הירך
		לא	רגל קלובה
		לא	כל מצב רפואי/מחלה אחר שלא הוזכר