**ПОМЦ ФМБА РОССИИ**

ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА

Уважаемый пациент! Пока Вы ожидаете приема врача, пожалуйста, заполните анкету. Это поможет доктору сократить время первичного опроса и уделить больше времени консультации. Если Вы не знаете ответ на вопрос – просто не заполняйте эту графу.

**1. Заполните, пожалуйста, до приема:**

**Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата рождения \_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_. Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Уточните, пожалуйста, какие у Вас есть жалобы**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перечислите, пожалуйста, **лекарственные препараты**, которые Вы принимаете ежедневно либо по необходимости (например, при головной боли). Включите в список **витамины**, **БАД** и **фитопрепараты** (лекарственные средства из растительного сырья), а также таблетки, инъекции, глазные/ушные/назальные капли, мази и гели, лечебные пластыри.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА** | **ДОЗА** | **ЧАСТОТА В СУТКИ, ВРЕМЯ ПРИЁМА** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Опишите аллергические реакции Вашего организма на лекарственные препараты, местно принимаемые средства, пищевые продукты:

|  |  |
| --- | --- |
| **ПРЕПАРАТ (В Т.Ч. ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ), ПИЩЕПРОДУКТ** | **ПРОЯВЛЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Имеются ли у Вас на данный момент:**

* повышенное давление: □ да; □ нет
* ишемическая болезнь сердца: □ да; □ нет
* сахарный диабет: □ да; □ нет
* заболевания почек: □ да; □ нет
* заболевания печени: □ да; □ нет
* психические заболевания: □ да; □ нет

**Укажите, пожалуйста, иные, не упомянутые выше, заболевания:**

|  |
| --- |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |

**Уточните, пожалуйста, также:**

* беременны ли Вы: □ да; □ нет
* курите ли Вы: □ да; □ нет
* употребляете ли алкоголь избыточно: □ да; □ нет
* употребляете ли наркотические/психотропные вещества: □ да; □ нет

**2. Запишите вопросы, которые Вы хотели бы задать врачу на приеме:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата заполнения \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**