

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ АНКЕТА

GENETICKÝ DOTAZNÍK

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Informace o pacientovi

Имя: Jméno:	Фамилия : Příjmení:
Страховой номер: Číslo pojištění:	Телефон: Telefon:
Адрес постоянного проживания: Adresa trvalého bydliště:	
Долгосрочный прием лекарств: Dlouhodobě užívané léky:	
Текущие проблемы со здоровьем: Současné zdravotní potíže:	
Проведенные операции: Prodělaná operace:	
Серьезные заболевания: Prodělané vážné onemocnění:	
Аллергия + бронхиальная астма: Alergie + astma bronchiální:	
Заболевания щитовидной железы: Onemocnění štítné žlázy:	
Беременность: Těhotenství:	
Аборты: Potraty:	

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ АНКЕТА

Genetický dotazník

Распространенность заболеваний и дефектов в семье: Výskyt onemocnění a vad v rodině:	Сам пациент Sám	Отец Otec	Мать Matka	Братья и сестры Sourozenec	Другие Jiný	Примечание Poznámka
Инфаркт миокарда: Infarkt myokardu:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Врожденный порок сердца, сосудов: Vrozená vada srdce, cév:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Инсульт CMP / mrtvice:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Тромбоз, эмболия: Trombózy, embolie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Высокое кровяное давление: Vysoký krevní tlak:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Онкология груди или яичников / в каком возрасте: Výskyt nádoru prsu nebo vaječníku / v jakém věku:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Онкология толстой кишки / в каком возрасте: Výskyt nádoru tlustého střeva / v jakém věku:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Диабет: Cukrovka:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Заболевания печени, поджелудочной железы, кишечника / повышенный билирубин: Choroby jater, slinivky, střev / zvýšený bilirubin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Врожденные заболевания кожи и другие: Vrozené kožní nemoci a jiné:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Психические заболевания, лечившиеся у психиатра: Duševní choroby léčené psychiatrem:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Задержка умственного развития, слабоумие: Opožděný duševní vývoj, slabomyslnost:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Сломанные кости, отсутствие костей: Lomivost kostí, chybění kostí:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Врожденные деформации, отсутствие конечностей, пальцев: Vrozené deformace, chybění končetin, prstů:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Нарушения роста: Poruchy růstu:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Расщелина губы, нёба: Rozštěpy rtu, patra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Нарушения полового развития: Poruchy pohlavního vývoje:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Генетическое тестирование уже проводилось: Да Нет

Genetické vyšetření již provedeno: Ano: Ne:

РЕЗУЛЬТАТ

Výsledek

Хромосомное тестирование другое: какое:

Chromozomální vyšetření jiné: jaké:

когда: **где:**

kdy: kde:

коммента:
Komentář:

.....