

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА ДОНОРА ООЦИТОВ

Анкета донора ооцитов

Код СМР-ДО-3053

Дата заполнения «20» февраль 2025г.

Национальность Россия

Расовая принадлежность Русская

Религия вероисповедания _____

ДЕТИ

Наличие детей есть нет

Кол-во _____ Пол _____ Возраст самого младшего _____

ПЕРСОНАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Можем ли мы связаться с Вами после достижения ребенком 18 лет? да

нет

Можем ли мы раскрывать Вашу персональную информацию (имя, фото, голос, почерк и т.д.)? да

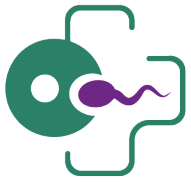
нет

Если «Да», то при каких условиях: только для пациентов из других городов

только персональные данные, без фото

всю имеющуюся информацию

другое _____



УЛЬТРАБАНК

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ



Рост (см) 160





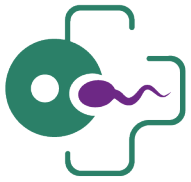
Вес (кг) 55

Лицо

Форма	 Круглое <input type="radio"/>	 Овальное <input checked="" type="radio"/>	 Квадратное <input type="radio"/>
Высота лба	 Низкий <input checked="" type="radio"/>	 Средний <input type="radio"/>	 Высокий <input type="radio"/>
Размер лба	 Узкий <input type="radio"/>	 Средний <input checked="" type="radio"/>	 Широкий <input type="radio"/>
Особенности	 Ямочки <input type="radio"/>	 Веснушки <input type="radio"/>	 Ямочка на подбородке <input type="radio"/>

Губы

Верхняя	 Тонкая <input type="radio"/>	 Средняя <input checked="" type="radio"/>	 Толстая <input type="radio"/>
Нижняя	 Тонкая <input type="radio"/>	 Средняя <input checked="" type="radio"/>	 Толстая <input type="radio"/>



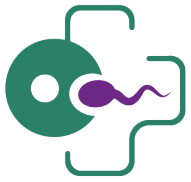
УЛЬТРАБАНК

Глаза

Цвет	<input type="radio"/> Голубые	<input type="radio"/> Серые	<input checked="" type="radio"/> Зеленые	<input type="radio"/> Карие	<input type="radio"/> Черные	<input type="radio"/> Ореховые
Разрез глаз	Европейский <input checked="" type="radio"/>	Монголоидный <input type="radio"/>	Антимонголоидный <input type="radio"/>	Другое <input type="radio"/>		
Размер	<input checked="" type="radio"/> Маленькие	<input type="radio"/> Средние	<input type="radio"/> Большие			
Межглазное расстояние	<input type="radio"/> Узкое	<input checked="" type="radio"/> Среднее	<input type="radio"/> Широкое			
Ресницы	<input type="radio"/> Короткие	<input checked="" type="radio"/> Средние	<input type="radio"/> Длинные			
Брови	<input type="radio"/> Узкие	<input checked="" type="radio"/> Средние	<input type="radio"/> Толстые			

Уши

Размер	<input checked="" type="radio"/> Маленькие	<input type="radio"/> Средние	<input type="radio"/> Большие
Мочка	<input type="radio"/> Прилегает	<input checked="" type="radio"/> Не прилегает	
Расстояние от головы	<input checked="" type="radio"/> Ближко	<input type="radio"/> Посередине	<input type="radio"/> Далеко



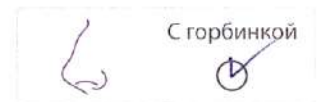
УЛЬТРАБАНК

Нос

Форма



Профиль



Ширина

Узкий

Средний

Широкий

Длина

Короткий

Средний

Длинный

Зубы

Размер



Внешний вид

Прямые

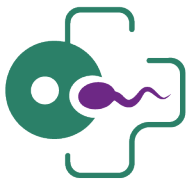
Искривленные

Другое _____

Подбородок

Форма





УЛЬТРАБАНК

Волосы

Структура Прямые Волнистые Кудрявые

Объем Тонкие Средние Плотные

Цвет

<input type="radio"/> Черные	<input type="radio"/> Темно-каштановые	<input type="radio"/> Каштановые	<input type="radio"/> Русый
<input type="radio"/> Рыжие	<input type="radio"/> Темный блондин	<input checked="" type="radio"/> Блондин	<input type="radio"/> Седые

Седые волосы нет мало много полностью седой другое _____

В каком возрасте Вы начали седеть? _____

Телосложение худое плотное жилистое крупное другое обычное

Размер одежды S Размер обуви 38

Ваши отличительные черты

Вы правша левша владеете двумя руками

Есть ли у Вас веснушки да нет много мало

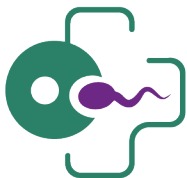
Характеристика кожи очень светлая светлая смуглая темная черная другое _____

Характеристика загара

- кожа не загорает
- кожа слегка загорает
- светлый цвет загара, но может переходить в умеренно темный
- загар хорошо ложится, стойкий темный цвет загара
- другое _____

Дополнительные сведения о себе, касающиеся фенотипических признаков _____

На кого из известных людей Вы считаете себя похожей _____



УЛЬТРАБАНК

Вредные привычки

Курение да нет иногда _____

Употребление алкоголя употребляю эпизодически не употребляю

Если употребляете, то с какой частотой? праздники

Употребление наркотических средств и/или психотропных веществ без назначения врача

только легкие никогда не употреблял эпизодически регулярно другое _____

Образование

Среднее образование школа лицей гимназия другое

Название учреждения общеобразовательная

Средний балл (нужное обведите) 2 3 4 5

Особые достижения _____

Среднее специальное образование техникум лицей колледж другое _____

Название учреждения _____

Специальность _____

Средний балл (нужное обведите) 2 3 4 5

Особые достижения _____

Дипломная работа на тему: _____

Высшее образование институт университет академия другое _____

Название учреждения _____

Специальность _____

Средний балл (нужное обведите) 2 3 4 5

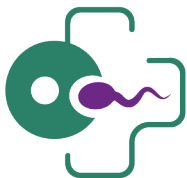
Особые достижения _____

Дипломная работа на тему: _____

Постдипломное образование аспирантура магистратура докторантура другое _____

Ученая степень _____

Основная область исследования _____



УЛЬТРАБАНК

Другая информация по образованию

- второе высшее образование _____
- курсы повышения квалификации _____
- художественная школа _____
- спортивная школа _____
- другое _____

Профессиональная деятельность

Основное место работы (название организации, род деятельности) специалист подолог

Занимаемая должность подолог

Особые достижения _____

Вредные и/или опасные производственные факторы есть нет

Если есть, то какие: _____

Расскажите о своей профессиональной деятельности: (ваше первое место работы, последующие места работы, занимаемые должности и т.д.) обучение, начинал с официанта и до старшего бармена. мастер-эстетист по маникюру и педикюру. Специалист-подолог

Психологический портрет донора _____

ИНФОРМАЦИЯ О МАТЕРИ ДОНОРА

Код СМРД-3053

Дата заполнения «20» Февраля 2025г.

Национальность Россия Религия вероисповедания православие

Расовая принадлежность Русская

Укажите положительные и отрицательные черты характера Вашей матери:

Положительные доброты, терпение, мудрость

Отрицательные зависимость

Фенотипические признаки:

Цвет глаз

голубые
 серые
 зеленые
 карие
 черные
 ореховые
 другое

Разрез глаз

европейский
 монголоидный
 антимонголоидный
 другое

Цвет волос

брюнет
 блондин
 шатен
 рыжий
 русый
 другое

Нос

прямой
 с горбинкой
 курносый
 широкий
 другое

Лицо

круглое
 овальное
 узкое
 широкое
 квадратное
 другое

Лоб

высокий
 низкий
 средний
 другое

Тип волос

прямые
 вьющиеся
 кудрявые
 другое

Структура волос

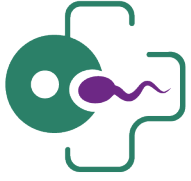
тонкие
 толстые
 средние
 другое

Телосложение

худое
 плотное
 жилистое
 крупное
 другое

Характеристика кожи

очень светлая
 светлая
 смуглая
 темная
 черная
 другое



УЛЬТРАБАНК



ИНФОРМАЦИЯ О МАТЕРИ ДОНОРА

Образование :

Среднее образование _____
Средне-специальное образование Специальной техники, педагогической техники
Высшее образование _____
Постдипломное образование (ученые степень, звание) _____

Профессиональная деятельность:

Основное место работы МРУ Занимаемая должность Аккаунт-менеджер

Здоровье:

Самочувствие Вашей матери на данный момент

отличное хорошее удовлетворительное плохое возраст смерти _____

Группа крови _____ Резус фактор _____

Другая информация о матери, которую Вы считаете необходимой нам сообщить (вредные привычки, хронические заболевания и др.) _____

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЦЕ ДОНОРА

Код СМР-Д0-3053 Дата заполнения «20» февраля 2021 г.

Национальность Россий
Расовая принадлежность Русский Религия вероисповедания православие

Укажите положительные и отрицательные черты характера Вашего отца:

Положительные доброты, терпение
Отрицательные капризность

Фенотипические признаки:

Цвет глаз <input type="checkbox"/> голубые <input type="checkbox"/> серые <input checked="" type="checkbox"/> зеленые <input type="checkbox"/> карие <input type="checkbox"/> черные <input type="checkbox"/> ореховые <input type="checkbox"/> другое	Разрез глаз <input checked="" type="checkbox"/> европейский <input type="checkbox"/> монголоидный <input type="checkbox"/> антимонголоидный <input type="checkbox"/> другое	Цвет волос <input type="checkbox"/> брюнет <input type="checkbox"/> блондин <input type="checkbox"/> шатен <input checked="" type="checkbox"/> рыжий <input type="checkbox"/> русый <input type="checkbox"/> другое	Нос <input checked="" type="checkbox"/> прямой <input type="checkbox"/> с горбинкой <input type="checkbox"/> курносый <input type="checkbox"/> широкий <input type="checkbox"/> другое	Лицо <input checked="" type="checkbox"/> круглое <input type="checkbox"/> овальное <input type="checkbox"/> узкое <input type="checkbox"/> широкое <input type="checkbox"/> квадратное <input type="checkbox"/> другое	Лоб <input type="checkbox"/> высокий <input checked="" type="checkbox"/> низкий <input type="checkbox"/> средний <input type="checkbox"/> другое
--	--	--	--	---	---

Тип волос <input type="checkbox"/> прямые <input type="checkbox"/> вьющиеся <input type="checkbox"/> кудрявые <input type="checkbox"/> другое	Структура волос <input type="checkbox"/> тонкие <input type="checkbox"/> толстые <input type="checkbox"/> средние <input type="checkbox"/> другое	Телосложение <input type="checkbox"/> худое <input type="checkbox"/> плотное <input type="checkbox"/> жилистое <input checked="" type="checkbox"/> крупное <input type="checkbox"/> другое	Характеристика кожи <input type="checkbox"/> очень светлая <input checked="" type="checkbox"/> светлая <input type="checkbox"/> смуглая <input type="checkbox"/> темная <input type="checkbox"/> черная <input type="checkbox"/> другое
--	--	--	--



ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЦЕ ДОНОРА

Образование:

Среднее образование _____

Средне-специальное образование _____

Высшее образование _____

Постдипломное образование (ученые степень, звание) _____

Профессиональная деятельность:

Основное место работы _____ Занимаемая должность _____

Здоровье:

Самочувствие Вашего отца на данный момент

отличное хорошее удовлетворительное плохое возраст смерти _____

Группа крови _____ Резус фактор _____

Другая информация о здоровье отца, которую Вы считаете необходимой нам сообщить (вредные привычки, хронические заболевания и др.)

СВЕДЕНИЯ О ДЕТЯХ ДОНОРА



Код СМР-ВД-3053

Дата заполнения «20» Февраля 2026 г.

Имеете ли Вы детей? да нет

Если «Да», то сколько мужского пола _____

женского пола _____

1. Для каждого ребенка (в том числе внебрачных) укажите имя/пол и опишите здоровье (если есть проблемы – расскажите о них).

Имя ребенка	Пол	Возраст	Состояние здоровья	Специфические проблемы со здоровьем

2. Для каждого ребенка укажите фенотипические особенности:

Имя ребенка	Пол	Возраст	Цвет глаз	Разрез глаз	Цвет волос	Нос	Лицо	Тип волос	Структура волос
			голубые серые зеленые карие черные ореховые другое	европейский монголоидный антимонголоид- ный другое	брюнет блондин шатен рыжий русый другое	прямой с горбинкой курносый широкий другое	круглое овальное узкое широкое квадратное другое	прямые вьющиеся кудрявые другое	тонкие толстые средние другое

СВЕДЕНИЯ О ДЕТЯХ ДОНОРА



3. Укажите положительные и отрицательные черты характера для каждого из Ваших детей.

Имя ребенка	Пол	Возраст	Положительные черты характера	Отрицательные черты характера

4. В Вашей семье когда-либо были трудности с достижением беременности да нет

Если «Да», то укажите причины _____

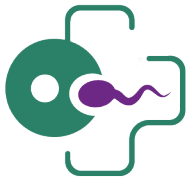
5. Есть ли двойни или тройни в Вашем роду? да нет

Если «Да», то опишите у кого, когда и какого пола родились дети _____

6. Есть ли аллергия у Ваших детей? да нет

Если «Да», укажите конкретные вещества и вызываемые реакции _____

7. Другая информация о здоровье, которую Вы считаете необходимой нам сообщить _____



УЛЬТРАБАНК

ПЕРСОНАЛЬНОЕ ЭССЕ ДОНОРА



Код СМР-Д0-3053

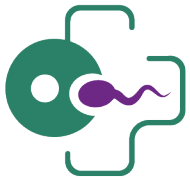
Дата заполнения «20» февраля 20 21 г.

1. Как бы Вы описали свой характер? Пожалуйста, приведите примеры того, как в жизни проявляются данные черты Терпеливый. На второй работе работало
старшим барменом и требовал огромное терпение в
обучении персонала и решении конфликтных ситуаций
с гостями. Коммуникабельность. Много общаюсь и
попытаюсь как общаюсь с разными людьми и
классами людей
Всегда, ну по крайней мере дружить со мной
весело

2. Кто из членов семьи Вам ближе всего и почему? Расскажите Вашу самую любимую историю, которую Ваши родственники и друзья часто рассказывают о Вас Ближе всего тете
по линии мамы, т.к. у нас схожи характеры и к ней
всегда можно обратиться за советом.

3. Чем в жизни Вы гордитесь больше всего и почему? В 21 год начала помогать
приютам для животных и делаю это по сей день.
Горжусь этим, потому что не каждый готов на
это - любви может сказать как ему жалко котика
или собачку, но мало кто готов помочь действительно.

4. Если бы у Вас была возможность поужинать с любым человеком из прошлого или настоящего времени, кого бы Вы выбрали и почему? Джеймса Чэпмена актёр из тех
фильмов я выросла и эти фильмы смотрю до сих
пор.
Джеймс Лето - певец и актёр, кто «поддерживал»
меня в подростковый период, когда формировалась
моя личность. Даже маму на него подсадила



УЛЬТРАБАНК

ПЕРСОНАЛЬНОЕ ЭССЕ ДОНОРА



5. Какие жизненные принципы и черты Вы бы в первую очередь хотели видеть в Вашем ребенке?

С большой силой приходит большой ответственность
Помощь тем кто в ней нуждается.
Доброта, компетентность и сила духа

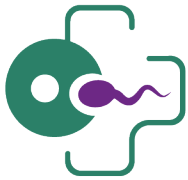
6. Опишите Ваш самый экстремальный поступок в жизни, который Вы когда-либо совершали?

Тяжело продумать свои действия и
стараться избежать экстрима

7. Почему Вы хотите стать донором? помощь девушкам

8. Напишите несколько пожеланий людям, которые выберут Вас в качестве донора ооцитов

Стабильного родительства и благополучия семьи



УЛЬТРАБАНК

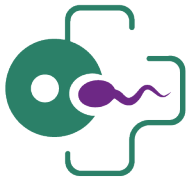
ПЕРСОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОНОРА



Код СМР-20-2053

Дата заполнения «20» февраля 2021г.

1. Кто Вы по знаку зодиака Телец
2. Ваша любимая книга / автор Маленький принц
3. Читаете ли вы журналы? Какой журнал предпочитаете _____
4. Какая музыка Вам нравится (жанр, исполнители)? меломан
5. Вы любите готовить? Ваше любимое блюдо готовлю хорошо, но не люблю.
Ро Бо
6. Ваш любимый напиток Раст чай
7. Ваш любимый цвет фиолетовый
8. Любите ли Вы животных? Ваше любимое животное Люблю. Собака
9. Есть ли у Вас домашние животные? Как их зовут Есть. Кошка Буся
10. Ваш любимый актер (актриса)? Ангелина Джоли
11. Ваш любимый фильм? Сними любовь
12. Любимый мультфильм детства? Симпсоны
13. Какую радиостанцию Вы обычно слушаете? _____
14. Любимые имена (мужское и женское) Александр / Анна
15. Ваше счастливое число _____
16. Расскажите о Ваших любимых праздниках (как и где Вы их проводите) 9 мая, потому что
это мой день рождения.
17. Ваши привычки _____
18. Что Вы никогда не простите ложь и предательство
19. У Вас есть какие-либо страхи? Расскажи про них страх стоматолога
20. Расскажите о Вашем хобби, интересах и талантах люблю слушать музыку,
читать книги и смотреть много
фильмов / сериалов, кошу в спорт. зал



УЛЬТРАБАНК

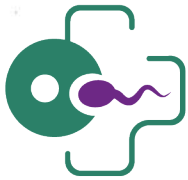
ПЕРСОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОНОРА



21. Вы любите спорт? Расскажите о Вашем любимом виде спорта. Каким видом спорта вы занимаетесь/занимались?

*Спортивная гимнастика и гонки (Формула 1)
Решивше заниматься спорт. гимнастикой - 1 взрослой
категории и спорт. правашем - 1 взрослой категории*

22. Знаете ли Вы иностранные языки? На каких языках Вы можете разговаривать *английский*
и учу корейский



УЛЬТРАБАНК

ИСТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ ДОНОРА И РОДСТВЕННИКОВ ДОНОРА

Код СМР-№ 3053

Дата заполнения «20» февраля 20 21 г.

Группа крови 3 Резус фактор +

1. Относятся ли Вы к группе лиц с нетрадиционной сексуальной ориентацией (гомо-/бисексуализм)?

да нет другое _____

2. Вам когда-либо было отказано в донорстве крови? да нет

Если «Да» укажите причину _____

3. В настоящее время у Вас есть на что-нибудь аллергия? да нет

Если «Да», то на что? еда растения животные лекарства другое _____

Укажите список конкретных веществ (лекарств), вызывающих у Вас аллергические реакции.

Вещества	Вызываемая реакция

4. Какое у Вас зрение? отличное хорошее среднее плохое

Носите ли Вы линзы очки

Характерные особенности. Вы близорукий дальнозоркий другое _____

Ваше зрение: минус _____ (число), плюс _____ (число)

5. Есть ли у Вас проблемы со слухом? да нет

Если «Да», опишите _____

6. Состояние Ваших зубов отличное хорошее среднее плохое другое _____

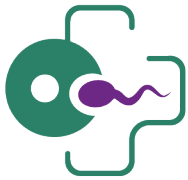
Как часто Вы обращаетесь к стоматологу? _____

7. Есть ли у Вас ограничения в употреблении пищи? да нет другое _____

Если «Да», укажите Ваши ограничения (диеты) _____

Принимаете ли Вы витамины или пищевые добавки? да нет другое _____

Если «Да», что именно вы принимаете, как часто? _____



УЛЬТРАБАНК

ИСТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ ДОНОРА И РОДСТВЕННИКОВ ДОНОРА

8. Как часто Вы делаете физические упражнения, занимаетесь спортом?

регулярно иногда редко никогда другое _____

Какой тип упражнений Вы выполняете аэробные кардио силовые другое _____

Вид спорта? _____

9. Были ли у Вас хирургические вмешательства? да нет

Если «Да», укажите, какие именно, в связи с чем, в каком году, последствия _____

Вид хирургического вмешательства	Год	Последствия

10. У Вас есть братья или сестры, которые умерли в младенчестве или в детстве? да нет

Если «Да», то какова была причина? _____

11. Существуют ли какие-либо заболевания или аномалии, которые появились у кого-либо из Ваших родственников в результате профессиональной деятельности? да нет

Если «Да», то опишите заболевание, укажите, кто именно из членов семьи пострадал и при каких обстоятельствах _____

12. Кто-нибудь в вашей семье, включая Вас, испытывал повторяющиеся и/или хронические симптомы, которые не были диагностированы врачом? да нет

(Пожалуйста, укажите даже те симптомы, которые, вы считаете не столь серьезными).

Если «Да», опишите их _____

13. Другая информация о здоровье, которую Вы считаете необходимой нам сообщить _____



УЛЬТРАБАНК

МЕДИЦИНСКАЯ ИСТОРИЯ СЕМЬИ ДОНОРА



Код СМР-Ю-2053

Дата заполнения «00» февраля 2021 г.

Родные	Мать		Отец		Братья		Сестры		Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры	
	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца
Пожалуйста, укажите количество всех родных (биологических) членов вашей семьи (в том числе умерших родственников). Включая сводных братьев и сестер, с которыми Вы имеете одного общего родителя.	1	1	1	1	1	1	2		1	1	1	1	1	0	2	1	3			0

Пожалуйста, укажите, какие из следующих проблем (заболеваний), были обнаружены у Вас или у членов вашей семьи. Поставьте галочки в соответствующих ячейках. Если ни вы, ни члены вашей семьи, не болели данными заболеваниями, уазанными в списке, пожалуйста, поставьте галочку в столбце «НИКТО».

Заболевания	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки		Тети	Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры		Комментарии
							по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца		по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	
Врожденный порок сердца	✓																	
Нарушение кровообращения	✓																	
Высокое кровяное давление	✓																	
Венозный тромбоз	✓																	
Инфаркт	✓																	
Инсульт	✓																	
Аритмия	✓																	
Стенокардия	✓																	
Атеросклероз	✓																	
Застойная сердечная недостаточность	✓																	
Кардиомиопатия	✓																	
Аневризма	✓																	
Прочее _____																		

1. Сердечно-сосудистая система

Заболевания	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры		Комментарии	
							по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца		
2. Кровеносная система																				
Гемофилия	✓																			
Лейкемия, лейкоз	✓																			
Иммунодефицит	✓																			
Анемия		✓																		
Серповидно-клеточная анемия	✓																			
Анемия Фанкони	✓																			
Талассемия	✓																			
Гемохроматоз	✓																			
Прочее _____																				
3. Респираторная система																				
Врожденные дефекты дыхательной системы	✓																			
Астма	✓																			
Муковисцидоз	✓																			
Рак легких	✓																			
Хроническая обструктивная болезнь легких	✓																			
Эмфизема легких	✓																			
Сенная лихорадка	✓																			
Прочее _____																				
4. Кожа																				
Акне			✓																	
Экзема	✓																			
Нарушения пигментации	✓																			
Псориаз	✓																			
Меланома	✓																			
Другие опухоли кожи	✓																			
Прочее _____																				



УЛЬТРАБАНК

Заболевания	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры		Комментарии	
							по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца		
7. Половая / репродуктивная система																				
Врожденные дефекты половой/репродуктивной системы																				
Бесплодие	✓																			
Рак груди	✓																			
Рак шейки матки	✓																			
Рак матки	✓																			
Рак яичников	✓																			
Рак простаты	✓																			
Рак яичек	✓																			
Гипоспадия	✓																			
Крипторхизм	✓																			
Прочее _____																				
8. Эндокринная система / обмен веществ																				
Врожденные дефекты эндокринной системы	✓																			
Сахарный диабет	✓																			
Нарушение обмена веществ	✓																			
Заболевания паращитовидных желез	✓																			
Заболевания гипофиза	✓																			
Заболевания надпочечников	✓																			
Рак щитовидной железы	✓																			
Болезнь Гоше	✓																			
Прочее _____																				

Заболевания	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры		Комментарии	
							по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца		по линии матери
9. Нервная система																				
Врожденные заболевания головного или спинного мозга	✓																			
Рак головного или спинного мозга	✓																			
Заболевания спинного мозга (анцефалия, расщепление позвоночника)	✓																			
Эпилепсия	✓																			
Мигрень	✓																			
Умственная отсталость	✓																			
Церебральный паралич	✓																			
Аутизм	✓																			
Задержка развития	✓																			
Семейные анемии	✓																			
Нарушение подвижности	✓																			
Нарушение обучения	✓																			
Рассеянный склероз	✓																			
Задержка развития речи	✓																			
Нейрофиброматоз	✓																			
Гидроцефалия	✓																			
Старческое слабоумие до 50 лет	✓																			
Болезнь Канавана	✓																			
Болезнь Гентингтона	✓																			
Болезнь Альцгеймера	✓																			
Болезнь Нимана-Пика	✓																			
Болезнь Паркинсона	✓																			
Синдром дефицита внимания	✓																			
Синдром Туретта	✓																			
Прочее _____	✓																			

Заболевания	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры		Комментарии	
							по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца		по линии матери
10. Психические расстройства																				
Хроническая депрессия	✓																			
Приступы паники или ярости	✓																			
Шизофрения	✓																			
Биполярное расстройство личности	✓																			
Маниакально-депрессивный синдром	✓																			
Прочее _____																				
11. Опорно-двигательный аппарат																				
Врожденные дефекты опорно-двигательного аппарата	✓																			
Артрит	✓																			
Косолапость	✓																			
Деформация позвоночника	✓																			
Карликовость	✓																			
Подагра	✓																			
Задержка роста	✓																			
Мышечная дистрофия	✓																			
Другие хронические мышечные заболевания	✓																			
Заячья губа или волчья пасть	✓																			
Остеопороз	✓																			
Прочее _____																				

Заболевания	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры		Комментарии	
							по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца		по линии матери
12. Органы чувств																				
Врожденные заболевания органов чувств	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Значительная потеря слуха	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Слепота	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Нарушение светового зрения	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Глаукома	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Глухота до 60 лет	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Катаракта до 50 лет	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Деформация ушной раковины	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Искривление носовой перегородки	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Другие заболевания органов чувств	<input checked="" type="checkbox"/>																			
13. Прочее																				
Алкоголизм	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Наркотическая зависимость	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Системная красная волчанка	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Прочие аутоиммунные заболевания	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Лекарственные аллергии	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Поллинозы	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Прочие аллергии	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Не раковые новообразования или опухоли	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Рак не указанный выше	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Врожденный дефект не указанный выше	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Генетические заболевания не указанные выше	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Другие состояния не указанные выше	<input checked="" type="checkbox"/>																			

Нет

Да

Есть ли в вашей семье, в том числе у Вас, повторяющиеся и/или хронические симптомы, которые не были диагностированы врачом?

Да

Нет

Если да, пожалуйста, опишите симптомы: