

# ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА ДОНОРА ООЦИТОВ

Анкета донора ооцитов

Код ВЕР-10-3029

Дата заполнения «23» 05 2014г.

Национальность Русская

Расовая принадлежность Славянская

Религия вероисповедания Христианство

## ДЕТИ

Наличие детей  есть  нет

Кол-во 1 Пол фр. женщины Возраст самого младшего 1 год 8 месяцев

## 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

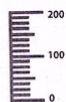
только персональные данные, без фото

всю имеющуюся информацию

другое \_\_\_\_\_



## ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ



Рост (см) 172









Вес (кг) 58

### Лицо

Форма	 Круглое <input type="radio"/>	 Овальное <input checked="" type="radio"/>	 Квадратное <input type="radio"/>
Высота лба	 Низкий <input type="radio"/>	 Средний <input checked="" 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"/>

## Глаза

Цвет

Голубые
  Серые
  Зеленые
  Карие
  Черные
  Ореховые

Разрез глаз

Европейский 
 Монголоидный 
 Антимонголоидный 
 Другое

Размер

Маленькие
  Средние
  Большие

Межглазное расстояние

Узкое
  Среднее
  Широкое

Ресницы

Короткие
  Средние
  Длинные

Брови

Узкие
  Средние
  Толстые

## Уши

Размер

Маленькие
  Средние
  Большие

Мочка

Прилегает
  Не прилегает

Расстояние от головы

Близко
  Посередине
  Далеко






## Нос

Форма	 Узкий <input type="radio"/>	 Средний <input checked="" type="radio"/>	 Широкий <input type="radio"/>
Профиль	 Прямой <input type="radio"/>	 Курносый <input type="radio"/>	 С горбинкой <input checked="" type="radio"/>
Ширина	Узкий <input type="radio"/>	Средний <input checked="" type="radio"/>	Широкий <input type="radio"/>
Длина	Короткий <input type="radio"/>	Средний <input checked="" type="radio"/>	Длинный <input type="radio"/>

## Зубы

Размер	 Маленькие <input type="radio"/>	 Средние <input checked="" type="radio"/>	 Большие <input type="radio"/>
Внешний вид	Прямые <input checked="" type="radio"/>	Искривленные <input type="radio"/>	Другое _____

## Подбородок

Форма	 Квадратный <input type="radio"/>	 Круглый <input type="radio"/>	 Острый <input checked="" type="radio"/>
-------	--	---	---

## Волосы

Структура      Прямые       Волнистые       Кудрявые

Объем      Тонкие       Средние       Плотные

Цвет

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

Размер одежды 42      Размер обуви 37

### 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 мать 10WA

### Вредные привычки

Курение  да  нет  иногда \_\_\_\_\_

Употребление алкоголя  употребляю  эпизодически  не употребляю

Если употребляете, то с какой частотой? 1-2 раза в неделю \_\_\_\_\_

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 МБОУ СОШ №30 \_\_\_\_\_

Средний балл (нужное обведите) 2 3 4 5

Особые достижения \_\_\_\_\_

Среднее специальное образование  техникум  лицей  колледж  другое академия

Название учреждения РАНХиГС \_\_\_\_\_

Специальность Организация логистики \_\_\_\_\_

Средний балл (нужное обведите) 2 3 4 5

Особые достижения \_\_\_\_\_

Дипломная работа на тему: Деятельность менеджера в логистике

Высшее образование  институт  университет  академия  другое Миссионерское

Название учреждения Институт психологии и педагогики \_\_\_\_\_

Специальность Управление персоналом и организация \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_



**Другая информация по образованию**

- второе высшее образование \_\_\_\_\_
- курсы повышения квалификации \_\_\_\_\_
- художественная школа \_\_\_\_\_
- спортивная школа \_\_\_\_\_
- другое боннский спорт, танцы, музыкальная школа (вокал, фортепиано)

**Профессиональная деятельность**

Основное место работы (название организации, род деятельности) Загородный клуб "Сантов36"  
Администратор ресторана

Занимаемая должность Администратор ресторана

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.) Первое место работы кафе, первая должность администратора в дальнейшем администратор. там же работала горничной, кассиром и управляющей кафе и ресторанами. потом в нули открыла мини кафе при загородном доме в Лехадичи



# ИНФОРМАЦИЯ О МАТЕРИ ДОНОРА

Код СМР-00-3029 Дата заполнения «23» 05 2019 г.

Национальность Русская  
Расовая принадлежность Славянская Религия вероисповедания Христианство

## Укажите положительные и отрицательные черты характера Вашей матери:

Положительные Щедрость, доброту, умение выслушать, умение выслушать, умение выслушать  
Отрицательные Печаль, грусть, плач, слезы, переживания и переживания

## Фенотипические признаки:

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

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





# ИНФОРМАЦИЯ О МАТЕРИ ДОНОРА

**Образование :**

Среднее образование Школа

Средне-специальное образование Секонци - Бухгалтер

Высшее образование Академия - Аграрии

Постдипломное образование (ученые степень, звание) \_\_\_\_\_

**Профессиональная деятельность:**

Основное место работы ООО "Август" Занимаемая должность Секретарь по документообороту

**Здоровье:**

Самочувствие Вашей матери на данный момент

отличное  хорошее  удовлетворительное  плохое  возраст смерти \_\_\_\_\_

Группа крови B Резус-фактор отрицательная

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

Курит, употребляет алкоголь, вредная пища



# ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЦЕ ДОНОРА

Код Сир-00-3029 Дата заполнения «23» авг 2024 г.

Национальность Русская  
Расовая принадлежность Славян Религия вероисповедания Христианство

## Укажите положительные и отрицательные черты характера Вашего отца:

Положительные Семейная, хозяйственная, добротный, трудолюбивый, прилежный  
Отрицательные Всегда, чуждый, враждебный, гордый, взрыв

## Фенотипические признаки:

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

<b>Тип волос</b>	<b>Структура волос</b>	<b>Телосложение</b>	<b>Характеристика кожи</b>
<input checked="" type="checkbox"/> прямые <input type="checkbox"/> вьющиеся <input type="checkbox"/> кудрявые <input type="checkbox"/> другое	<input checked="" type="checkbox"/> тонкие <input type="checkbox"/> толстые <input type="checkbox"/> средние <input type="checkbox"/> другое	<input type="checkbox"/> худое <input checked="" type="checkbox"/> плотное <input type="checkbox"/> жилистое <input type="checkbox"/> крупное <input type="checkbox"/> другое	<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 Школа

Средне-специальное образование МТЭ - Крамбовский

Высшее образование \_\_\_\_\_

Постдипломное образование (ученые степень, звание) \_\_\_\_\_

**Профессиональная деятельность:**

Основное место работы ООО Крамбовский Занимаемая должность Крамбовский

**Здоровье:**

Самочувствие Вашего отца на данный момент

отличное  хорошее  удовлетворительное  плохое  возраст смерти \_\_\_\_\_

Группа крови I Резус фактор кариотип 50/XY

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

Нужно



## СВЕДЕНИЯ О ДЕТЯХ ДОНОРА



Код СЦПР-10-3029

Дата заполнения «18» 05 2024 г.

Имеете ли Вы детей?  да  нет

Если «Да», то сколько мужского пола \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ женского пола 1

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
<u>Кира</u>	<u>мол</u>	<u>1,8</u>	<u>Стандарт</u>	<u>-</u>

2. Для каждого ребенка укажите фенотипические особенности:

Имя ребенка	Пол	Возраст	Цвет глаз	Разрез глаз	Цвет волос	Нос	Лицо	Тип волос	Структура волос
<u>Кира</u>	<u>мол</u>	<u>1,8</u>	<u>голубые</u>	<u>европейский</u>	<u>бронет</u>	<u>прямой</u>	<u>круглое</u>	<u>прямые</u>	<u>тонкие</u>
			<u>серые</u>	<u>монголоидный</u>	<u>блондин</u>	<u>с горбинкой</u>	<u>овальное</u>	<u>выющиеся</u>	<u>толстые</u>
			<u>зеленые</u>	<u>антимонгоид-</u>	<u>шатен</u>	<u>курносый</u>	<u>узкое</u>	<u>кудрявые</u>	<u>средние</u>
			<u>карие</u>	<u>ный</u>	<u>рыжий</u>	<u>широкий</u>	<u>широкое</u>	<u>другое</u>	<u>другое</u>
			<u>черные</u>	<u>другое</u>	<u>русый</u>	<u>другое</u>	<u>квадратное</u>		
			<u>ореховые</u>						
			<u>другое</u>						
				<u>европейский</u>	<u>руси</u>	<u>узкая</u>	<u>овальное</u>	<u>выющиеся</u>	<u>тонкие</u>



## 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
Мира	мчч	1,8	Очужденность, самовлюб	Чуждость, завистливость

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 \_\_\_\_\_

# ПЕРСОНАЛЬНОЕ ЭССЕ ДОНОРА ООЦИТОВ

Код AMR-00-3029

Дата заполнения «13» 05 2024

1. Как бы Вы описали свой характер? Пожалуйста, приведите примеры того, как в жизни проявляются данные черты \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Кто из членов семьи Вам ближе всего и почему? Расскажите Вашу самую любимую историю, которую Ваши родственники и друзья часто рассказывают о Вас \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Чем в жизни Вы гордитесь больше всего и почему? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

4. Если бы у Вас была возможность поужинать с любым человеком из прошлого или настоящего времени, кого бы Вы выбрали и почему? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---



## ПЕРСОНАЛЬНОЕ ЭССЕ ДОНОРА ООЦИТОВ

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

*Открытость миру, стремление к успеху, доброта, отзывчивость, ~~афф~~*

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

*Прижок с батки в/м.*

7. Почему Вы хотите стать донором?

*Хорошая национальная школа за рубежом. Я только с помощью ЭКО и стала самой слабой женщиной на свете. И эти слабые глаза сподвигли меня к такому решению. Плюс деньги за донорство.*

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

*Будьте счастливы и любите своего ребенка.*



# ПЕРСОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОНОРА ООЦИТОВ

Код СМП-00-3029

Дата заполнения «23» 05 2024 г.

1. Кто Вы по знаку зодиака Близнецы
2. Ваша любимая книга / автор "Маленький принц" Антуан де Сент-Экзюпери  
"Маисер и Маргарита" Булгаков, Вебстер, Бредбери
3. Читаете ли вы журналы? Какой журнал предпочитаете —
4. Какая музыка Вам нравится (жанр, исполнители)? —
5. Вы любите готовить? Ваше любимое блюдо Не умею; салат с рукколой
6. Ваш любимый напиток Мятный морс, лавашевый лимонад
7. Ваш любимый цвет зеленый
8. Любите ли Вы животных? Ваше любимое животное Лошадь
9. Есть ли у Вас домашние животные? Как их зовут кошка Чиж
10. Ваш любимый актер (актриса)? —
11. Ваш любимый фильм? Гарри Поттер
12. Любимый мультфильм детства? Синдбад
13. Какую радиостанцию Вы обычно слушаете? —
14. Любимые имена (мужское и женское) Матвей, Михаил, Кира, Василиса
15. Ваше счастливое число 13
16. Расскажите о Ваших любимых праздниках (как и где Вы их проводите) Новый год в кругу семьи;  
день рождения в кругу друзей
17. Ваши привычки Копать с утра; прогулка по парку вечером
18. Что Вы никогда не простите Лжину, предательство
19. У Вас есть какие-либо страхи? Расскажи про них Страх влосов, страх ответственности
20. Расскажите о Вашем хобби, интересах и талантах Мои хобби - это моя работа



## ПЕРСОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОНОРА ООЦИТОВ

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

---

---

---

22. Знаете ли Вы иностранные языки? На каких языках Вы можете разговаривать \_\_\_\_\_

---

---

## ИСТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ ДОНОРА И РОДСТВЕННИКОВ ДОНОРА

Код СЩФ-00-3029

Дата заполнения «23» 05 2024 г.

Группа крови 2 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 астигматизм

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? Витамины, каждый день



## 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? Бизнес

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
<u>Ампутация</u>		-
<u>Кноплексия</u>		-

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

Хирургическая зрелая катаракта и бета; Омиолексия левого уха у дядюшки.

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 Боль от радикли

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





# МЕДИЦИНСКАЯ ИСТОРИЯ СЕМЬИ ДОНОРА

Код СБФ-00-30x0 Дата заполнения «    » \_\_\_\_\_ 20    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
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	2	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1

Пожалуйста, укажите, какие из следующих проблем (заболеваний), были обнаружены у Вас или у членов вашей семьи. Оставьте 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	по линии матери	по линии отца	
<b>1. Сердечно-сосудистая система</b>																			
Врожденный порок сердца	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Нарушение кровообращения	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Высокое кровяное давление	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>																
Венозный тромбоз	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Инфаркт	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Инсульт	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>																
Аритмия	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Стенокардия	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Атеросклероз	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Застойная сердечная недостаточность	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Кардиомиопатия	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Аневризма	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Прочее <u>инфаркт</u>																			



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
<b>2. Кровеносная система</b>																				
Гемофилия	✓																			
Лейкемия, лейкоз	✓																			
Иммунодефицит	✓																			
Анемия		✓																		
Серповидно-клеточная анемия	✓																			
Анемия Фанкони	✓																			
Талассемия	✓																			
Гемохроматоз	✓																			
Прочее _____																				
<b>3. Респираторная система</b>																				
Врожденные дефекты дыхательной системы	✓																			
Астма																				
Муковисцидоз	✓																			
Рак легких																				
Хроническая обструктивная болезнь легких	✓																			
Эмфизема легких	✓																			
Сенная лихорадка	✓																			
Прочее _____																				
<b>4. Кожа</b>																				
Акне	✓																			
Экзема	✓																			
Нарушения пигментации	✓																			
Псориаз	✓																			
Меланома	✓																			
Другие опухоли кожи	✓																			
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
<b>5. Желудочно-кишечный тракт</b>																				
Врожденные дефекты желудочно-кишечного тракта	✓																			
Цирроз печени	✓																			
Рак печени	✓																			
Камни в желчном пузыре			✓					✓												
Грыжа			✓																	
Рак толстой кишки	✓																			
Рак поджелудочной железы	✓																			
Рак желудка	✓																			
Язвенный колит	✓																			
Синдром раздраженного кишечника	✓																			
Панкреатит			✓																	
Целиакия	✓																			
Болезнь Крона	✓																			
Прочее																				
<b>6. Почки</b>																				
Врожденные дефекты мочеполовой системы	✓																			
Камни в почках	✓																			
Рак мочевыводящих путей	✓																			
Поликистоз почек																				
Прочее																				



Заболелания	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
<b>7. Половая / репродуктивная система</b>																				
Врожденные дефекты половой/репродуктивной системы	✓																			
Бесплодие	✓																			
Рак груди	✓																			
Рак шейки матки	✓																			
Рак матки	✓																			
Рак яичников	✓																			
Рак простаты	✓																			
Рак яичек	✓																			
Гипоспадия	✓																			
Крипторхизм	✓																			
Прочее																				
<b>8. Эндокринная система / обмен веществ</b>																				
Врожденные дефекты эндокринной системы	✓																			
Сахарный диабет																				
Нарушение обмена веществ	✓																			
Заболелания паразитовидных желез	✓																			
Заболелания гипофиза	✓																			
Заболелания 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		
<b>9. Нервная система</b>																				
Врожденные заболевания головного или спинного мозга	✓																			
Рак головного или спинного мозга	✓																			
Заболевания спинного мозга (анэнцефалия, 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
<b>10. Психические расстройства</b>																				
Хроническая депрессия	✓																			
Приступы паники или ярости	✓																			
Шизофрения	✓																			
Биполярное расстройство личности	✓																			
Маниакально-депрессивный синдром	✓																			
Прочее																				
<b>11. Опорно-двигательный аппарат</b>																				
Врожденные дефекты опорно-двигательного аппарата	✓																			
Артрит	✓																			
Косопалость	✓																			
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
<b>12. Органы чувств</b>																				
Врожденные заболевания органов чувств	✓																			
Значительная потеря слуха	✓																			
Слепота	✓																			
Нарушение светового зрения	✓																			
Глаукома	✓																			
Глухота до 60 лет	✓																			
Катаракта до 50 лет	✓																			
Деформация ушной раковины	✓																			
Искривление носовой перегородки	✓																			
Другие заболевания органов чувств	✓																			
<b>13. Прочее</b>																				
Алкоголизм																				
Наркотическая зависимость	✓																			
Системная красная волчанка	✓																			
Прочие аутоиммунные заболевания	✓																			
Лекарственные аллергии																				
Поллинозы	✓																			
Прочие аллергии	✓																			
Не раковые новообразования или опухоли	✓																			
Рак не указанный выше	✓																			
Врожденный дефект не указанный выше	✓																			
Генетические заболевания не указанные выше	✓																			
Другие состояния не указанные выше	✓																			

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: