

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА ДОНОРА СПЕРМЫ

Анкета донора спермы

Код СМР-ДС-2020

Дата заполнения «02» апреля 2021 г.

Национальность Русский

Расовая принадлежность Европейская

Религия вероисповедания Православие

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

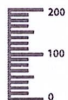
Если «Да», то при каких условиях: только для пациентов из других городов

только персональные данные, без фото

всю имеющуюся информацию

другое _____

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ















Рост (см) 180



Вес (кг) 70









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 checked="" 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	<input type="radio"/> Голубые	<input type="radio"/> Серые	<input type="radio"/> Зеленые	<input checked="" type="radio"/> Карие	<input type="radio"/> Черные	<input type="radio"/> Ореховые
Разрез глаз	<input checked="" type="radio"/> Европейский		<input type="radio"/> Монголоидный	<input type="radio"/> Антимонголоидный	<input type="radio"/> Другое	
Размер	<input type="radio"/> Маленькие	<input checked="" 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 type="radio"/> Средние	<input checked="" type="radio"/> Толстые			

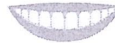
Уши

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

Нос

Форма	 Узкий <input type="radio"/>	 Средний <input type="radio"/>	 Широкий <input checked="" type="radio"/>
Профиль	 Прямой <input checked="" type="radio"/>	 Курносый <input type="radio"/>	 С горбинкой <input 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="checkbox"/> Черные	<input type="checkbox"/> Темно-каштановые	<input type="checkbox"/> Каштановые	<input type="checkbox"/> Русый
<input type="checkbox"/> Рыжие	<input type="checkbox"/> Темный блондин	<input type="checkbox"/> Блондин	<input type="checkbox"/> Седые

Седые волосы нет мало много полностью седой другое _____

В каком возрасте Вы начали седеть? _____

Телосложение худое плотное жилистое крупное другое _____

Размер одежды М Размер обуви RU 42,5

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 похожим _____

Вредные привычки

Курение да нет иногда _____

Употребление алкоголя употребляю эпизодически не употребляю

Если употребляете, то с какой частотой? _____

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 МОУ "СОШ" №17

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 Нижегородский государственный университет им. Н.И.Лобачевского

Специальность Информационные системы и технологии

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 _____

Профессиональная деятельность

Основное место работы (название организации, род деятельности) студент II курса

Занимаемая должность _____

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.) _____

ПЕРСОНАЛЬНОЕ ЭССЕ ДОНОРА СПЕРМЫ



Код СМР-ДС-2020

Дата заполнения «02» апреля 2024 г.

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

Я целеустремленный, активный, легко общаюсь, веселый. Веду активный образ жизни. В детстве проводил много разных видов спорта.

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

Из тех кто ближе всего для меня человек - мой отец. Все своё детство я провёл в коммунальной семье, но с отцом у меня больше общих интересов и тем для общения.

3. Чем в жизни Вы гордитесь больше всего и почему? Затрудняюсь дать ответ

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

Я бы хотел поужинать с Илоном Маском, мне очень бы хотелось узнать его планы на будущее, историю становления его компании.

ПЕРСОНАЛЬНОЕ ЭССЕ ДОНОРА СПЕРМЫ



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

Я бы хотел видеть своего ребенка честным, сильным, умным и целеустремленным.

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

Таких поступков нет.

7. Почему Вы хотите стать донором? *Я хочу подарить людям возможность иметь детей*

8. Напишите несколько пожеланий людям, которые в будущем выберут Вашу сперму в качестве донорской? *Желаю вам обрести счастье родительства*

ПЕРСОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОНОРА СПЕРМЫ

Код С-МР-DS-2020

Дата заполнения «02» апреля 2021г.

1. Кто Вы по знаку зодиака овен
2. Ваша любимая книга / автор Владимир Конин. Джон Роквелл Рэл Толкин
3. Читаете ли вы журналы? Какой журнал предпочитаете _____
4. Какая музыка Вам нравится (жанр, исполнители)? _____
5. Вы любите готовить? Ваше любимое блюдо Можно готовить, любимое блюдо - паштет соленый
6. Ваш любимый напиток гранатовый сок
7. Ваш любимый цвет оранжевый
8. Любите ли Вы животных? Ваше любимое животное животных люблю, любимое животное - собака
9. Есть ли у Вас домашние животные? Как их зовут домашних животных нет.
10. Ваш любимый актер (актриса)? Мэттью МакКонахи
11. Ваш любимый фильм? Волк с Уол-стрит
12. Любимый мультфильм детства? Шрек
13. Какую радиостанцию Вы обычно слушаете? _____
14. Любимые имена (мужское и женское) Ашита и Юма
15. Ваше счастливое число 26
16. Расскажите о Ваших любимых праздниках (как и где Вы их проводите) любимый праздник это новый год, всегда провожу его в кругу своей семьи
17. Ваши привычки Чтение книг, соблюдение здорового образа жизни.
18. Что Вы никогда не простите Предательство
19. У Вас есть какие-либо страхи? Расскажи про них Страх высоты
20. Расскажите о Вашем хобби, интересах и талантах Занимаюсь в тренажерном зале, люблю играть в футбол, также занимаюсь медитацией.

ПЕРСОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОНОРА СПЕРМЫ

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

*Я очень люблю спорт, но больше всего футбол и американские единоборства.
Я занималась в тренажерном зале, профессионально занималась
футболом, борьбой и спортивной гимнастикой*

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

Знаю английский язык на уровне В2

ИНФОРМАЦИЯ О МАТЕРИ ДОНОРА

Код СНР-ДС-2020

Дата заполнения «02» апреля 2021 г.

Национальность Русская

Расовая принадлежность Европейская

Религия вероисповедания Протестанте

Укажите положительные и отрицательные черты характера Вашей матери:

Положительные Вежливая, интеллигентная, рассудительная

Отрицательные Самолюбива

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 _____

ИНФОРМАЦИЯ О МАТЕРИ ДОНОРА

Образование :

Среднее образование _____

Средне-специальное образование _____

Высшее образование университетом негосударственной собственности им. Пискарева, Биухудом и другим

Постдипломное образование (ученые степень, звание) _____

Профессиональная деятельность:

Основное место работы _____

Занимаемая должность _____

Здоровье:

Самочувствие Вашей матери на данный момент

отличное

А 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.)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЦЕ ДОНОРА

Код ВМР-ДС-2020 Дата заполнения «02» августа 2021 г.

Национальность Русский
Расовая принадлежность европеизированная Религия вероисповедания православие

Укажите положительные и отрицательные черты характера Вашего отца:
Положительные вежливый, расчётливый, честный, решительный
Отрицательные малодушный

Фенотипические признаки:

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

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

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЦЕ ДОНОРА

Образование :

Среднее образование _____

Средне-специальное образование _____

Высшее образование Кандидатский и кандидатский Морфологический все. университет архимандрит-судейский факультет

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-05-2020

Дата заполнения «28» апреля 2021 г.

Имеется 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	бронет блондин шатен рыжий русый другое	прямой с горбинкой крупный 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 _____

ИСТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ ДОНОРА И РОДСТВЕННИКОВ ДОНОРА

Код СМР-ДС-2020

Дата заполнения «02» апреля 2021г.

Группа крови _____ 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? прохожу обследование ежегодно.

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? рыбий жир, глюконат, цинк с ранней периодичностью

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? Занятия в тренажерном зале, фитнес

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>перелом руки со смещением</u>	<u>2009</u>	<u>нет</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 _____

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 _____

МЕДИЦИНСКАЯ ИСТОРИЯ СЕМЬИ ДОНОРА



Код СМР-05-2020 Дата заполнения «02» апреля 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	
Пожалуйста, укажите количество всех родных (биологических) членов вашей семьи (в том числе умерших родственников), включая своих братьев и сестер, с которыми Вы имеете одного общего родителя.	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	2	1	0	1	1	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, указанными 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	
1. Сердечно-сосудистая система																			
Врожденный порок сердца	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Нарушение кровообращения	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Высокое кровяное давление	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Венозный тромбоз	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Инфаркт	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Инсульт	<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"/>																		
Прочие																			

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	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Лейкемия, лейкоз	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Иммунodefицит	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Анемия	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Серповидно-клеточная анемия	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Анемия Фанкони	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Талассемия	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Гемохроматоз	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Прочие _____																				
3. Респираторная система																				
Врожденные дефекты дыхательной системы	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Астма	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Муковисцидоз	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Рак легких	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Хроническая обструктивная болезнь легких	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Эмфизема легких	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Сенная лихорадка	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Прочие _____																				
4. Кожа																				
Акне	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Экзема	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Нарушения пигментации	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Псориаз	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Меланома	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Другие опухоли кожи	<input checked="" type="checkbox"/>																			
Прочие _____																				

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		
5. Желудочно-кишечный тракт																				
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	✓																			
Кишечника	✓																			
Панкреатит	✓																			
Целиакия	✓																			
Болезнь Крона	✓																			
Прочие _____																				
6. Почки																				
Врожденные дефекты мочеполовой системы	✓																			
Камни в почках	✓																			
Рак мочевыводящих путей	✓																			
Поликистоз почек	✓																			
Прочие _____																				

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	✓																			
Гипоспадии	✓																			
Крипторхизм	✓																			
Прочие _____																				
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	✓																			
Прочие _____	✓																			

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		
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	✓																			
Прочие _____	✓																			

9. Нервная 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		
10. Психические расстройства																				
Хроническая депрессия	✓																			
Приступы паники или ярости	✓																			
Шизофрения	✓																			
Биполярное расстройство личности	✓																			
Маниакально-депрессивный синдром	✓																			
Прочие _____																				
11. Опорно-двигательный аппарат																				
Врожденные дефекты опорно-двигательного аппарата	✓																			
Артрит	✓																			
Косолапость	✓																			
Деформация позвоночника	✓																			
Карликовость	✓																			
Подагра	✓																			
Задержка роста	✓																			
Мышечная дистрофия	✓																			
Другие хронические мышечные заболевания	✓																			
Зачьяя губа или волчья пасть	✓																			
Остеопороз	✓																			
Прочие _____																				

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		
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"/>																			
Глухота	<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 аутоимунные 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"/>																			

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: _____