

DOTAZNÍK – Časný záchyt tyreopatií v těhotenství

ID pacientky (vyplní lékař) _____

Datum návštěvy _____

Věk pacientky v době návštěvy _____

Obec bydliště _____

Okres bydliště _____

Nejvyšší dosažené vzdělání (zaškrtněte)

- Bez vzdělání
- Základní
- Střední (s maturitou / bez maturity / výuční list)
- Vysokoškolské (včetně VOŠ)

Zdravotní pojišťovna (zaškrtněte)

- 111 - Všeobecná zdravotní pojišťovna
- 201 - Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
- 205 - Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- 207 - Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
- 209 - Zaměstnanecká pojišťovna škoda
- 211 - Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky
- 213 - Revírní bratrská pokladna
- 999 – není pojištěncem české ZP

1) Pacientka podepsala Informovaný souhlas s účastí v pilotním projektu

ANO NE

Datum podpisu _____

2) Důvod odmítnutí podpisu informovaného souhlasu pacientem (*pouze v případě NE*)

- Nezájem o problematiku
- Nedůvěra k projektu
- Obava z vyšetření
- Jiné _____

3) Pacientka podepsala Souhlas se zpracováním osobních údajů.

ANO NE

4) Je známo datum poslední menstruace?

ANO NE

5) Datum poslední menstruace _____

6) Skutečné gestační stáří v době vyšetření

- Týdnů _____
- Dnů _____

Osobní anamnéza

7) Léčíte se pro štítnou žlázu teď

ANO NE

8) Léčba pro štítnou žlázu v minulosti

ANO NE

9) Cukrovka v době návštěvy

ANO NE

- | | | |
|-----------------------------|-----|----|
| ○ Aplikace inzulínu | ANO | NE |
| ○ Léky na cukrovku | ANO | NE |
| 10) Celiakie | ANO | NE |
| 11) Jste vegetarián / vegan | ANO | NE |

Jiné autoimunitní onemocnění

- | | | |
|----------------------------------|-----|----|
| 12) Jiné autoimunitní onemocnění | ANO | NE |
| 13) Perniciózní anémie | ANO | NE |
| 14) Revmatoidní artritida | ANO | NE |
| 15) Ulcerózní kolitida | ANO | NE |
| 16) Crohnova nemoc | ANO | NE |
| 17) Jiné (napište jaké) _____ | | |

- | | | |
|--|-----|----|
| 18) Terapeutické ozáření hlavy a/nebo krku v minulosti | ANO | NE |
| 19) Aplikace jódové RTG kontrastní látky v posledním roce | ANO | NE |
| 20) Aplikace cytokinů nebo jiná biologická léčba v minulosti | ANO | NE |

Výskyt níže uvedených onemocnění u sourozenců, rodičů, nebo dětí

- | | | |
|-----------------------------|-----|----|
| 21) Onemocnění štítné žlázy | ANO | NE |
| 22) Cukrovka | ANO | NE |
| 23) Celiakie | ANO | NE |

Jiné autoimunitní onemocnění

- | | | |
|--|-----|----|
| 24) Jiné autoimunitní onemocnění v rodině | ANO | NE |
| 25) Perniciózní anémie | ANO | NE |
| 26) Revmatoidní artritida | ANO | NE |
| 27) Ulcerózní kolitida | ANO | NE |
| 28) Crohnova nemoc | ANO | NE |
| 29) Jiné (napište jaké) _____ | | |

- | | | |
|--|-----|----|
| 30) Užíváte pravidelně léky?
Specifikujte _____ | ANO | NE |
|--|-----|----|

31) Doplnky stravy (vyberte)

- Biopron Pregna+
- ElastinQ vitamins&minerals
- Farmax FolGravid
- Femibion
- Gravital
- Chytré miminko methylfolát
- Chytré miminko superfolin
- Kyselina listová
- Mamavit
- Mimistar
- Ogestan
- Pregnafolin + DHA Dr.Max
- Pregnancy complex
- VIP mami

○ Jiné _____

- | | | |
|--|-----|----|
| 32) Léčba pro sterilitu v minulosti | ANO | NE |
| 33) Došlo v minulosti k samovolnému potratu
Specifikujte počet _____ | ANO | NE |
| 34) Došlo v minulosti k mimoděložnímu těhotenství?
Specifikujte počet _____ | ANO | NE |
| 35) Došlo k umělému ukončení těhotenství?
Specifikujte počet _____ | ANO | NE |
| 36) Počet předchozích porodů _____
Z toho počet předčasných porodů (24+0 až 36+6) _____ | | |

Komplikace u alespoň jednoho z předchozích těhotenství/porodů

- | | | |
|---|-----|----|
| 37) Gestační diabetes mellitus
Aplikace inzulínu v těhotenství | ANO | NE |
| 38) Gestační hypertenze | ANO | NE |
| 39) Eklampsie | ANO | NE |
| 40) Preeklampsie | ANO | NE |
| 41) HELLP syndrom | ANO | NE |
| 42) Novorozenec na JIP
Prosím specifikujte důvod _____ | | |
| 43) Jiné komplikace
Prosím specifikujte jiné komplikace _____ | ANO | NE |

Údaje o současném těhotenství

- 44) Těhotenství (vyberte)
- Spontánní
 - Inseminace
 - Po indukci ovulace (tamoxifen, clostilbegyt)
 - Mimetělní oplodnění + embryotransfer (IVF + ET)
 - Mimetělní oplodnění + kryoembryotransfer (IVF + KET)
 - Po předchozí terapii cabergolinem (Dostinex)
- 45) O těhotenství jste usilovala:
- méně než rok
 - 1–2 roky
 - více než 2 roky
- 46) Vícečetné těhotenství _____ ANO NE
Prosím upřesněte _____

Výška pacientky (cm): _____

Hmotnost pacientky (kg): _____

Krevní tlak: _____