

فرم چکاب تخصصی زنان

نام و نام خانوادگی:

سن:

محل کار:

G: P: A: L: D:

☐ دوره پیش از ازدواج

☐ دوره باروری

☐ بارداری

☐ دوره یائسگی

قد:

وزن:

bmi:

فشارخون:

تاریخچه قاعدگی:

منارک:

قاعدگی منظم / نامنظم:

فواصل:

هایپرمنوره:

الیگومنوره:

هایپومنوره:

منوراژی:

اقدامات انجام شده:

سابقه بیماری مزمن:

قلبی تیروئید کم خونی فشارخون دیابت صرع صعب العلاج کلیوی ریوی MS

سابقه بیماری زنان:

• کیست تخمدان PCO هیرسوتیسم چاقی اختلالات هورمونی اندومتريوز میوم پولیپ توده های پستانی

سابقه عمل جراحی زنان:

• عفونت های لگنی و واژینال: سرویسیت واژینیت سالپنژیت

• سابقه رفتار پرخطر:

• بیماری های مقاربتی: HSV HPV CMV

تصمیم بارداری:

سابقه بارداری:

سن اولین بارداری:

نوع زایمان:

تاریخ زایمان:

عوارض بارداری و زایمان:

مصرف دارو در بارداری:

سابقه سقط:

سابقه ناباروری:

اقدامات انجام شده: IVF IUI HSG مصرف داروهای هورمونی:

علت ناباروری:

یائسگی:

سن شروع یائسگی:

گرگرفتگی: تعریق: نامنظمی قاعدگی: مصرف داروهای هورمونی: خونریزی های غیرطبیعی: واژینیت آتروفیک:

نتایج معاینات قبلی:

پاپ اسمیر:

سونوگرافی /ماموگرافی:

نکات قابل توجه:

تاریخ	علت مراجعه	آزمایشات	سونوگرافی / ماموگرافی	اقدامات لازم

