**Уважаемый пациент!**

**Пожалуйста, опишите свои ЖАЛОБЫ** (или ПРИЧИНУ ВАШЕГО ОБРАЩЕНИЯ к врачу): **БОЛИ**: НЕТ ДА.

**ДИСКОМФОРТ** **ЗУД** **ЖЖЕНИЕ:** НЕТ **ДА**, **укажите**: где: в заднем проходе в животе в тазу в копчике.

**Когда болит**? Болит постоянно (днем и ночью, без облегчения) Болит периодически (то болит, то отпускает) Болит редко

БОЛИ ежедневные БОЛИ несколько раз в неделю. БОЛИ несколько раз в месяц. БОЛИ длятся: \_\_\_\_\_\_\_ часов минут

БОЛИ во время стула БОЛИ после стула БОЛИ при сидении БОЛИ при ходьбе БОЛИ при физической нагрузке

**Используете обезболивающие**? НЕТ ДА. Если ДА, какие: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СТУЛ**: \_\_\_\_\_\_ раз в: день неделю, мягкий в форме колбаски или мягкими кусочками кашицеобразный жидкий твердыми кусочками или шариками со слизью с кровью на кале, в унитазе. Чувство неполного опорожнения кишки: ДА

**КРОВЬ при дефекации**: НЕТ ДА \_\_ раз в: день неделю струйкой каплями мазком на туалетной бумаге на кале

**ШИШКИ, кожные складки в заднем проходе**: НЕТ ДА, **укажите**: постоянно снаружи выпадают после стула. Если **выпадают** то: вправляются сразу самостоятельно не вправляются, нужно вправить пальцами, свечой

**зуд, жжение в заднем проходе**. ДРУГИЕ ЖАЛОБЫ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Когда НАЧАЛОСЬ заболевание, ЖАЛОБЫ появились В ПЕРВЫЙ РАЗ (даже небольшие):** \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Когда началось последнее **ОБОСТРЕНИЕ**, из-за которого сейчас обращаетесь к колопроктологу: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Ранее **обращались к колопроктологу** (проктологу): НЕТ ДА, в \_\_\_\_\_\_\_ году. В какой больнице и с каким диагнозом: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Для выяснения полного АНАМНЕЗА вспомните, пожалуйста, чем Вы раньше болели и какие Вам делали операции (Перенесенные заболевания):**

Туберкулез: НЕТ ДА, в \_\_\_\_\_\_\_ году. Сифилис: НЕТ ДА, в \_\_\_\_\_\_\_ году.

Гепатиты: НЕТ ДА, в \_\_\_\_\_\_\_ году. ВИЧ (СПИД): НЕТ ДА, в \_\_\_\_\_\_\_ году.

Гастрит: НЕТ ДА, в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ году определили по ФГДС.

Язвенная болезнь 12-перстной кишки, желудка: НЕТ ДА, в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ году определили по ФГДС.

Холецистит: НЕТ ДА, в \_\_\_\_\_\_\_ году выявили по УЗИ. Панкреатит: НЕТ ДА, в \_\_\_\_\_\_ году выявили по УЗИ.

Инфаркт: НЕТ ДА, в \_\_\_\_\_\_\_ году. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) НЕТ ДА, \_\_\_ стадия, с \_\_\_\_\_\_\_ года.

Инсульт: НЕТ ДА, в \_\_\_\_\_\_\_ году. Гипертоническая болезнь: НЕТ ДА, \_\_\_\_ стадия, с \_\_\_\_\_\_\_ года.

Другие болезни, в каком году: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Хирургические ОПЕРАЦИИ:** НЕТ, не было Аппендэктомия (удаление аппендицита): НЕТ ДА, в \_\_\_\_\_\_ году.

Геморроидэктомия (удаление геморроя): НЕТ ДА, в \_\_\_\_\_\_\_ году.

Холецистэктомия (удаление желчного пузыря): НЕТ ДА, в \_\_\_\_\_\_\_ году.

Паховое грыжеиссечение (удаление паховой грыжи): НЕТ ДА, в \_\_\_\_\_\_\_ году.

Грыжеиссечение (удаление грыжи пупочной/абдоминальной/послеоперационной): НЕТ ДА, в \_\_\_\_\_\_\_ году. Обрезание (иссечение крайней плоти): НЕТ ДА, в \_\_\_\_\_\_\_ году.

Другие операции: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Аллергические реакции на лекарства:** **НЕТ** ДА, были: крапивница отек Квинке анафилактический шок

На какое лекарство:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Делали ли Вам обезболивание (лидокаин, другие) при **лечении** зубов: НЕТ ДА, много раз один раз в \_\_\_\_\_ г.

Делали ли Вам обезболивание (лидокаин, и т.д.) при **удалении** зубов: НЕТ ДА, много раз один раз в \_\_\_\_\_ г.

Подпись пациента: (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_). Дата: \_\_\_/\_\_\_ 2020 г. подпись ФИО