

<http://medweb.mit.edu>

Ф.И.О. пациента /Patient name: _____

№ ИБ/MRN: _____

Д/Р/DOB: _____

Дата/Date: _____

Причина визита / О чем Вы хотели бы поговорить сегодня?
Reason for Visit / What do you want to talk about: _____

1. АНАМНЕЗ/PATIENT HISTORY

Были ли у вас раньше или есть сейчас следующие заболевания или состояния:

Have you ever, or do you now have any of the following?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> анемия/anemia | <input type="checkbox"/> проблемы с питанием/eating problems | <input type="checkbox"/> меланома/melanoma |
| <input type="checkbox"/> анорексия/anorexia | <input type="checkbox"/> депрессия/depression | <input type="checkbox"/> проблемы с менструациями/menstrual problems |
| <input type="checkbox"/> артрит/arthritiс | <input type="checkbox"/> диабет/diabetes | <input type="checkbox"/> мигрень/migraines |
| <input type="checkbox"/> астма/asthma | <input type="checkbox"/> эпилепсия или судороги/epilepsy or seizures | <input type="checkbox"/> венерические болезни/sexually transmitted disease |
| <input type="checkbox"/> рак/cancer | <input type="checkbox"/> болезни сердца/heart disease | <input type="checkbox"/> проблемы со щитовидной железой/thyroid problems |
| <input type="checkbox"/> ветряная оспа/chicken pox | <input type="checkbox"/> высокое/низкое кровяное давление/high/low blood pressure | <input type="checkbox"/> другое, укажите/other, please list: |

Укажите все случаи вашего лечения в больнице (по хирургическим, медицинским, психиатрическим причинам) и год / Please list all hospitalizations you have had (surgical, medical, psychiatric) and the year: _____

2. СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ/FAMILY HISTORY

- | | | | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| Рак молочной железы/ Breast Cancer | <input type="checkbox"/> нет/No | <input type="checkbox"/> да/Yes | <input type="checkbox"/> Отец/Father | <input type="checkbox"/> Мать/Mother | <input type="checkbox"/> Брат/сестра/ Sibling | <input type="checkbox"/> Другой кровный родственник/ Other blood relative |
| Колоректальный рак/ Colon Cancer | <input type="checkbox"/> нет/No | <input type="checkbox"/> да/Yes | <input type="checkbox"/> Отец/Father | <input type="checkbox"/> Мать/Mother | <input type="checkbox"/> Брат/сестра/ Sibling | <input type="checkbox"/> Другой кровный родственник/ Other blood relative |
| Диабет/ Diabetes | <input type="checkbox"/> нет/No | <input type="checkbox"/> да/Yes | <input type="checkbox"/> Отец/Father | <input type="checkbox"/> Мать/Mother | <input type="checkbox"/> Брат/сестра/ Sibling | <input type="checkbox"/> Другой кровный родственник/ Other blood relative |
| Наследственные заболевания/ Genetic Disorder | <input type="checkbox"/> нет/No | <input type="checkbox"/> да/Yes | <input type="checkbox"/> Отец/Father | <input type="checkbox"/> Мать/Mother | <input type="checkbox"/> Брат/сестра/ Sibling | <input type="checkbox"/> Другой кровный родственник/ Other blood relative |
| Болезни сердца/ Heart Disease | <input type="checkbox"/> нет/No | <input type="checkbox"/> да/Yes | <input type="checkbox"/> Отец/Father | <input type="checkbox"/> Мать/Mother | <input type="checkbox"/> Брат/сестра/ Sibling | <input type="checkbox"/> Другой кровный родственник/ Other blood relative |
| Повышенное кровяное давление/ High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> нет/No | <input type="checkbox"/> да/Yes | <input type="checkbox"/> Отец/Father | <input type="checkbox"/> Мать/Mother | <input type="checkbox"/> Брат/сестра/ Sibling | <input type="checkbox"/> Другой кровный родственник/ Other blood relative |

<http://medweb.mit.edu>

Ф.И.О. пациента /Patient name: _____
 № ИБ/MRN: _____
 Д/Р/ДОВ: _____
 Дата/Date: _____

Высокий уровень холестерина/ High Cholesterol нет/No да/Yes Отец/Father Мать/Mother Брат/сестра/ Sibling Другой кровный родственник/ Other blood relative

Другие раковые заболевания/ Other Cancer нет/No да/Yes Отец/Father Мать/Mother Брат/сестра/ Sibling Другой кровный родственник/ Other blood relative

3. ОЦЕНКА РИСКА ЗДОРОВЬЮ/HEALTH RISK ASSESSMENT

Употребляете ли вы спиртное?/Do you drink alcohol? да/Yes нет/No

Если да, кол-во раз в неделю/ If yes, # of drinks per week: _____

Курите ли вы или употребляете табак в другом виде?/Do you smoke or use other forms of tobacco? да/Yes нет/No

Если бросил(а), укажите дату/If former, quit date: _____

Принимали ли вы рекреационные средства или наркотики?/ Have you ever used recreational/street drugs? да/Yes нет/No

Принимали ли лекарства, отпускаемые по рецепту, при отсутствии показаний?/ Have you ever misused prescribed drugs? да/Yes нет/No

Вы регулярно занимаетесь физкультурой?/Do you exercise regularly? да/Yes нет/No

Нравятся ли вам ваши привычки в еде?/ Are you satisfied with your eating habits? да/Yes нет/No

Как часто за последние две недели вы наблюдали у себя слабый интерес или желание что-либо делать? Выберите только один вариант./Over the past two weeks, how often have you had little interest or pleasure in doing things? Select one response.

- никогда/not at all несколько дней/several days
 более половины дней/more than half of the days практически каждый день/nearly every day

Как часто за последние две недели вы замечали за собой подавленность, депрессию или безысходность? Выберите только один вариант./Over the past two weeks, how often have you been down, depressed, or hopeless? Select one response.

- никогда/not at all несколько дней/several days
 более половины дней/more than half of the days практически каждый день/nearly every day

Есть ли какие-либо серьезные проблемы у вашей семьи/близких?/ Are there any significant issues affecting family/ significant others? да/Yes нет/No

Если да, опишите их/If yes, please explain:

Есть ли какие-либо религиозные/культурные предпочтения по вашему лечению?/Are there any religious/ cultural consideration regarding your care? да/Yes нет/No

Если да, опишите их/If yes, please explain:

Есть ли у вас вопросы о венерических болезнях?/ Do you have any questions about sexually transmitted diseases? да/Yes нет/No

Хотели бы вы пройти тест на венерические заболевания?/ Would you like to be tested for sexual transmitted diseases? да/Yes нет/No

Вызывают ли у вас ощущение опасности или нездоровья да/Yes нет/No

<http://medweb.mit.edu>

Ф.И.О. пациента /Patient name: _____

№ ИБ/MRN: _____

Д/Р/DOB: _____

Дата/Date: _____

какие-нибудь обстоятельства дома или на территории кампуса?/Are you having any experiences on campus and/or at home that make you feel unsafe?

4. АЛЛЕРГИИ и ПРИВИВКИ/ALLERGIES, and IMMUNIZATIONS

Если у вас есть учетная запись FMH* и вы проверили правильность ее сведений, **не заполняйте** раздел 4 А - В./ Please complete section 4 A - B, unless you have a FMH* account and you have reviewed and verified the accuracy of the information in your account.

* О сервисе Follow My Health (FMH) можно узнать на веб-странице: <http://medweb.mit.edu/fmh> / For more information on Follow My Health (FMH), please visit: <http://medweb.mit.edu/fmh>

A. Аллергии/Allergies

Есть ли у вас аллергия на лекарства?/Do you have any allergies to medications? да/Yes нет/No

Если да, перечислите лекарства и реакцию на них: /If yes, please list medication(s) and reaction: _____

B. Прививки/Immunizations

**Принесите на прием всю информацию по вакцинациям./Please bring any immunization information with you to your appointment.*

C. Лекарства/Medications

**Принесите на прием всю информацию по принимаемым лекарственным препаратам./*Please bring any medication information with you to your appointment.*

5. ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ ПРИ ОБУЧЕНИИ/LEARNING NEEDS ASSESSMENT

Есть ли у вас следующие расстройства?/Do you have any of the following?

пониженная обучаемость/learning disabilities	<input type="checkbox"/> да/Yes	<input type="checkbox"/> нет/No
нарушения зрения/visual limitations	<input type="checkbox"/> да/Yes	<input type="checkbox"/> нет/No
нарушения слуха/hearing limitations	<input type="checkbox"/> да/Yes	<input type="checkbox"/> нет/No

Если да, опишите их/

If yes, please explain: _____

6. ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА/REVIEW OF SYSTEMS

Испытываете ли вы что-либо из перечисленного ниже:/ Are you currently experiencing any of the following....?

a. Общая оценка/General

<input type="checkbox"/> Усталость/ Fatigue	<input type="checkbox"/> Проблемы со сном/ Trouble sleeping	<input type="checkbox"/> Изменение веса/ Weight changes	<input type="checkbox"/> Слабость/ Weakness	<input type="checkbox"/> Высокая температура/ Fever
--	---	--	--	---

Боль, оцените по шкале 0 - 10 (0 = нет боли, 10 = невыносимая боль): _____

Pain, rated on a scale from 0 - 10 (0 = no pain, 10 = worst pain): _____

<http://medweb.mit.edu>

Ф.И.О. пациента /Patient name: _____
 № ИБ/MRN: _____
 Д/П/ДОВ: _____
 Дата/Date: _____

b. Функциональная оценка/ Functional assessment

Ограничено ли ваше здоровье в чем-либо из перечисленного ниже:/ Is your health limited in any of the following activities

Работа?/ Work? нет/no да/yes
 Умеренные упражнения?/ Moderate exercise? нет/no да/yes
 Домашние дела?/ Daily chores? нет/no да/yes
 Силовые упражнения?/ Vigorous exercise? нет/no да/yes

Если да, опишите:/ If yes, please explain: _____

c. Кожа/Skin

Сыпь/ Rashes Зуд/ Itching Изменение цвета / Color changes Припухлость/ Lumps Сухость/ Dryness Изменения волос и ногтей/ Hair and nail changes

d. Голова/Head

Головные боли/ Headache Травма головы/ Head injury

e. Уши/Ears

Боль в ухе/ Earache Звон в ушах/ Tinnitus Выделения из уха/ Drainage Снижение слуха/ Decreased hearing

f. Глаза/Eyes

Острота зрения/ Vision Вспышки света/ Flashing lights Катаракта/ Cataracts Очки/Линзы/ Glasses/contacts Нечеткое зрение или двоение в глазах/ Blurry or double vision
 Боль/ Pain Пятна/ Specks Покраснение/ Redness Глаукома/ Glaucoma Последний осмотр у окулиста:/ Last eye exam: _____

g. Нос/ Nose

Зуд/ Itching Кровотечения из носа/ Nosebleeds Заложенность носа/ Stuffiness Выделения из носа/ Discharge Сенная лихорадка/ Hay fever Боль в придаточных пазухах носа/ Sinus pain

h. Горло/рот/ Throat/ Mouth

Зубы/ Teeth Ранки на языке/ Sore tongue Кандидозный стоматит/ Thrush Десна/ Gums Сухость во рту/ Dry mouth Незаживающие ранки/ Non-healing sores
 Кровотечение/ Bleeding Боль в горле/ Sore throat Зубные протезы/ Dentures Охриплость/ Hoarseness Последний осмотр у стоматолога:/ Last dental exam: _____

i. Шея/ Neck

Припухлость/ Lumps Боль/ Pain Опухшие железы /Swollen glands Ригидность затылка/ Stiffness

j. Грудь/ Breasts

Вздутие/ уплотнение/ Lumps Выделения/ Discharge Грудное вскармливание/ Breastfeeding Боль/ Pain

<http://medweb.mit.edu>

Ф.И.О. пациента /Patient name: _____
 № ИБ/MRN: _____
 Д/Р/ДОВ: _____
 Дата/Date: _____

k. Респираторная система/ Respiratory

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Кашель/ Cough | <input type="checkbox"/> Кашель с кровью/ Coughing up blood | <input type="checkbox"/> Свистящее дыхание/ Wheezing |
| <input type="checkbox"/> Слизь/ Mucus | <input type="checkbox"/> Отдышка/ Shortness of breath | <input type="checkbox"/> Боль во время дыхания/ Painful breathing |

l. Сердечнососудистая система/ Cardiovascular

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Боль или дискомфорт в груди/ Chest pain or discomfort | <input type="checkbox"/> Затрудненное дыхание лежа/ Difficulty breathing lying down | <input type="checkbox"/> Стеснение в области сердца/ Tightness | <input type="checkbox"/> Учащенное сердцебиение/ Palpitations |
| <input type="checkbox"/> Неожиданное пробуждение из-за удушья/ Sudden awakening from sleep with shortness of breath | <input type="checkbox"/> Отдышка при физических нагрузках/ Shortness of breath with activity | <input type="checkbox"/> Отек/ Swelling | |

m. Желудочно-кишечный тракт/ Gastrointestinal

- | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Диарея/ Diarrhea | <input type="checkbox"/> Запор/ Constipation | <input type="checkbox"/> Изменение аппетита/ Change in appetite | <input type="checkbox"/> Тошнота/ Nausea | <input type="checkbox"/> Пожелтение глаз или кожи (разлитие желчи)/ Yellow eyes or skin (jaundice) | <input type="checkbox"/> Изменение ритма дефекации/ Change in bowel habits |
| <input type="checkbox"/> Изжога/ Heartburn | <input type="checkbox"/> Ректальное кровотечение/ Rectal bleeding | <input type="checkbox"/> Затруднения при глотании/ Swallowing difficulties | | | |

n. Мочевыделительная система/ Urinary

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Более частые мочеиспускания/ Increased frequency | <input type="checkbox"/> Недержание/ Loss of control of urine | <input type="checkbox"/> Изменение интенсивности мочевой струи/ Change in urinary strength |
| <input type="checkbox"/> Неотложный позыв к мочеиспусканию/ Urgency | <input type="checkbox"/> Жжение или боль/ Burning or pain | <input type="checkbox"/> Мочеиспускание с кровью (гематурия)/ Blood in urine (hematuria) |

o. Репродуктивная система/ Genital
Мужчины/ Male

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Грыжа/ Hernia | <input type="checkbox"/> Боль во время полового акта/ Pain with sex | <input type="checkbox"/> Ранки на половом органе/ Genital sores | <input type="checkbox"/> Выделения из полового органа/ Penile discharge | <input type="checkbox"/> Нарушение эрекции/ Erectile dysfunction |
| <input type="checkbox"/> Венерические болезни/ STD: _____ | | | <input type="checkbox"/> Опухоль или боль в мошонке/ Scrotal masses or pain | |

Женщины/ Female

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Боль во время полового акта/ Pain with sex | <input type="checkbox"/> Приступообразное ощущение жара/ Hot flashes | <input type="checkbox"/> Вагинальный зуд или сыпь/ Vaginal itching or rash | <input type="checkbox"/> Вагинальная сухость/ Vaginal dryness | <input type="checkbox"/> Выделения из влагалища/ Vaginal discharge |
| <input type="checkbox"/> Венерические болезни/ STD: _____ | | | <input type="checkbox"/> Последний менструальный цикл:/ Last menstrual period: _____ | <input type="checkbox"/> Ранки на половых органах/ Genital |

<http://medweb.mit.edu>

 Ф.И.О. пациента /Patient name: _____
 № ИБ/MRN: _____
 Д/П/ДОВ: _____
 Дата/Date: _____

sores

p. Сосудистая система/ Vascular

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Боль при ходьбе в задней части голени/ Calf pain with walking | <input type="checkbox"/> Судороги ног/ Leg cramping |
|--|---|

q. Опорно-двигательный аппарат/ Musculoskeletal

- | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Боль в позвоночнике/ Back pain | <input type="checkbox"/> Ригидность/ Stiffness | <input type="checkbox"/> Отек суставов/ Swelling of joints | <input type="checkbox"/> Травма/ Trauma | <input type="checkbox"/> Покраснение суставов/ Redness of joints | <input type="checkbox"/> Мышечная или суставная боль/ Muscle or joint pain |
|---|--|--|---|--|--|

r. Неврология/ Neurologic

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Головокружение/ Dizziness | <input type="checkbox"/> Слабость/ Weakness | <input type="checkbox"/> Онемение/ Numbness | <input type="checkbox"/> Тремор/ Tremor | <input type="checkbox"/> Припадки/ Seizures | <input type="checkbox"/> Покалывания/ Tingling |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Обмороки/ Fainting |

s. Гематология/ Hematologic

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Частые синяки/ Ease of bruising | <input type="checkbox"/> Частые кровотечения/ Ease of bleeding |
|--|--|

t. Эндокринная система/ Endocrine

- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Непереносимость тепла или холода/ or cold intolerance | <input type="checkbox"/> Частое мочеиспускание/ Frequent urination | <input type="checkbox"/> Потливость/ Sweating | <input type="checkbox"/> Жажда/ Thirst | <input type="checkbox"/> Изменение аппетита/ Change in appetite |
|--|--|---|--|---|

u. Психиатрия/ Psychiatric

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Стресс/ Stress | <input type="checkbox"/> Потеря памяти/ Memory loss | <input type="checkbox"/> Нервозность/ Nervousness | <input type="checkbox"/> Депрессия/ Depression |
|---|---|---|--|

Здоровье и хорошее состояние каждого члена сообщества MIT очень важно для медицинского центра MIT. /The health and wellness of everyone in the MIT community is important to us at MIT Medical. Рекомендуем вам:/ We recommend the following:

- Использовать при сексуальных контактах презервативы для уменьшения риска венерических заболеваний и нежелательной беременности. / Condom use during sexual activity to reduce the risk of STDs and unintended pregnancy.
- Пользоваться автомобильными ремнями безопасности для снижения риска травмирования или смерти. В штате Массачусетс это обязательно. /Use of automobile safety belts to reduce the risk of injury or death, which is the law in Massachusetts.
- При езде на велосипеде, скейтборде, роликовых коньках и т.д. надевайте шлем, чтобы снизить риск травмирования. / Use of helmets while bicycling, rollerblading, skate boarding, etc to reduce the risk of injury.
- Устанавливайте дома детекторы дыма, чтобы снизить риск пожара. / Home smoke detectors to reduce the risk of injury or damage from a fire.
- Находясь на солнце, используйте солнцезащитный крем фактора 15 или выше для себя и для детей. / Use of sunscreen SPF 15 or higher for you and your children when in the outdoor sun.

 Ф.И.О. пациента (ПЕЧАТНЫМИ)/ Patient Name (PRINT): _____ Д/П/ДОВ: _____
 Подпись пациента/Patient Signature: _____ Дата/Date: _____
 Подпись медицинского работника/Provider Signature: _____ Дата/Date: _____



<http://medweb.mit.edu>

История болезни пациента /Patient Health History

Ф.И.О. пациента /Patient name: _____

№ ИБ/MRN: _____

Д/Р/ДОВ: _____

Дата/Date: _____