

# Карта профилактического онкологического обследования (жен.)\*

(фамилия, имя, отчество полностью, пол)

год рождения \_\_\_\_\_ адрес \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_ Страховой полис \_\_\_\_\_

*Вопросы анамнестического обследования:*

**Желудочно-кишечный тракт**

- |  |          |     |
|--|----------|-----|
| 1. Нарастающая слабость, утомляемость, недомогание     | ----- да | нет |
| 2. Понижение или отсутствие аппетита                   | ----- да | нет |
| 3. Понижение веса тела, похудание                      | ----- да | нет |
| 4. Отрыжка (кислым, горьким, тухлым, воздухом)         | ----- да | нет |
| 5. Изжога, тошнота, рвота (подчеркнуть)                | ----- да | нет |
| 6. Затруднение прохождения пищи по пищеводу, боли      | ----- да | нет |
| 7. Тяжесть, боли в эпигастрии, прав., лев. Подреберьях | ----- да | нет |
| 8. Боли в животе, вздутие, запоры, поносы              | ----- да | нет |
| 9. Боли, дискомфорт в области прямой кишки, ануса      | ----- да | нет |
| 10. Выделения слизи, крови из прямой кишки             | ----- да | нет |
| 11. Другие жалобы (вписать)                            | ----- да | нет |

**Легкие**

- |   |          |     |
|---|----------|-----|
| 1. Кашель сухой, с мокротой, кровохарканье          | ----- да | нет |
| 2. Одышка, боли в гр. клетке, повышение температуры | ----- да | нет |
| 3. Другие симптомы (вписать)                        | ----- да | нет |

**Кожные покровы и слизистые**

- |  |          |     |
|--|----------|-----|
| 1. Возвышение, опухоль или язва                    | ----- да | нет |
| 2. Рост, кровоточивость, др. изменения пигм. пятна | ----- да | нет |
| 3. Увеличение регионарных лимфоузлов               | ----- да | нет |

**Щитовидная железа**

- |  |          |     |
|--|----------|-----|
| 1. Обнаружение узла, уплотнения в железе         | ----- да | нет |
| Обнаружение увеличенных лимфоузлов на шее        | ----- да | нет |
| 2. Ощущение давления в области железы, осиплость | ----- да | нет |

**Лимфогранулематоз**

- |   |          |     |
|---|----------|-----|
| 1. Обнаружение увеличенных периферических л/узлов | ----- да | нет |
| 2. Лихорадка, потливость, кожный зуд, похудание   | ----- да | нет |

**Органы мочеполовой системы**

- |   |          |     |
|---|----------|-----|
| 1. Кровь в моче                             | ----- да | нет |
| 2. Боль в поясничной области                | ----- да | нет |
| 3. Повышение температуры тела               | ----- да | нет |
| 4. Снижение веса                            | ----- да | нет |
| 5. Затруднение, расстройство мочеиспускания | ----- да | нет |
| 6. Боли, дискомфорт в области промежности   | ----- да | нет |

**Молочные железы**

- |   |          |     |
|---|----------|-----|
| 1. Уплотнение или опухоль в железе                  | ----- да | нет |
| 2. Увеличение, деформация, отечность молочных желез | ----- да | нет |
| 3. Увеличение подмышечных, надключичных л/узлов     | ----- да | нет |
| 4. Втяжение, эрозия, др. изменения в области соска  | ----- да | нет |
| 5. Выделения из соска                               | ----- да | нет |

**Репродуктивные органы**

- |   |          |     |
|---|----------|-----|
| 1. Сукровичные и кровянистые выделения в межменструальном периоде и в менопаузе | ----- да | нет |
| 2. Боли в низу живота, в крестце и пояснице                                     | ----- да | нет |
| 3. Увеличение, вздутие, дискомфорт в животе                                     | ----- да | нет |
| 4. Эндокринные, метаболические, генет. нарушения                                | ----- да | нет |
| 5. Другие подозрительные симптомы   | ----- да | нет |

Дата \_\_\_\_\_ Подпись заполнившего карту \_\_\_\_\_

Результат анализа карты \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

ОТРЫВНОЙ ТАЛОН

(фамилия, имя, отчество полностью, пол)

год рождения \_\_\_\_\_ адрес \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_ Страховой полис \_\_\_\_\_

Результат анализа карты \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

## Карта профилактического онкологического обследования (муж.)\*

(фамилия, имя, отчество полностью, пол)

год рождения \_\_\_\_\_ адрес \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Страховой полис \_\_\_\_\_

*Вопросы анамнестического обследования:*

**Желудочно-кишечный тракт**

- |  |          |     |
|--|----------|-----|
| 1. Нарастающая слабость, утомляемость, недомогание     | ----- да | нет |
| 2. Понижение или отсутствие аппетита                   | ----- да | нет |
| 3. Понижение веса тела, похудание                      | ----- да | нет |
| 4. Отрыжка (кислым, горьким, тухлым, воздухом)         | ----- да | нет |
| 5. Изжога, тошнота, рвота (подчеркнуть)                | ----- да | нет |
| 6. Затруднение прохождения пищи по пищеводу, боли      | ----- да | нет |
| 7. Тяжесть, боли в эпигастрии, прав., лев. Подреберьях | ----- да | нет |
| 8. Боли в животе, вздутие, запоры, поносы              | ----- да | нет |
| 9. Боли, дискомфорт в области прямой кишки, ануса      | ----- да | нет |
| 10. Выделения слизи, крови из прямой кишки             | ----- да | нет |
| 11. Другие жалобы (вписать)                            | ----- да | нет |

**Легкие**

- |   |          |     |
|---|----------|-----|
| 1. Кашель сухой, с мокротой, кровохарканье          | ----- да | нет |
| 2. Одышка, боли в гр. клетке, повышение температуры | ----- да | нет |
| 3. Другие симптомы (вписать)                        | ----- да | нет |

**Кожные покровы и слизистые**

- |  |          |     |
|--|----------|-----|
| 1. Рост, кровоточивость, др. изменения пигм. пятна | ----- да | нет |
| 2. Увеличение регионарных лимфоузлов               | ----- да | нет |

**Щитовидная железа**

- |  |          |     |
|--|----------|-----|
| 1. Обнаружение узла, уплотнения в железе         | ----- да | нет |
| 2. Обнаружение увеличенных лимфоузлов на шее     | ----- да | нет |
| 3. Ощущение давления в области железы, осиплость | ----- да | нет |

**Лимфогранулематоз**

- |   |          |     |
|---|----------|-----|
| 1. Обнаружение увеличенных периферических л/узлов | ----- да | нет |
| 2. Лихорадка, потливость, кожный зуд, похудание   | ----- да | нет |

**Органы мочеполовой системы**

- |   |          |     |
|---|----------|-----|
| 1. Кровь в моче                             | ----- да | нет |
| 2. Боль в поясничной области                | ----- да | нет |
| 3. Повышение температуры тела               | ----- да | нет |
| 4. Снижение веса                            | ----- да | нет |
| 5. Затруднение, расстройство мочеиспускания | ----- да | нет |
| 6. Боли, дискомфорт в области промежности   | ----- да | нет |

**Органы мочеполовой системы**

- |   |          |     |
|---|----------|-----|
| 1. Кровь в моче   | ----- да | нет |
| 2. Боль в поясничной области                                  | ----- да | нет |
| 3. Повышение температуры тела                                 | ----- да | нет |
| 4. Снижение веса  | ----- да | нет |
| 5. Затруднение, расстройство мочеиспускания                   | ----- да | нет |
| 6. Боли. Дискомфорт в области промежности                     | ----- да | нет |
| 7. Уплотнение, увеличение яичка                               | ----- да | нет |
| 8. Наличие опухоли, язвы, деформ. полового члена              | ----- да | нет |
| 9. Другие симптомы, подозрительные на наличие новообразований | ----- да | нет |

Дата \_\_\_\_\_ Подпись заполнившего карту \_\_\_\_\_

Результат анализа карты \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

-----  
ОТРЫВНОЙ ТАЛОН

(фамилия, имя, отчество полностью, пол)

год рождения \_\_\_\_\_ адрес \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Страховой полис \_\_\_\_\_

Результат анализа карты \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

**Результат исследований:**

Рентголог \_\_\_\_\_

Эндоскопист \_\_\_\_\_

УЗИ \_\_\_\_\_

Цитолог \_\_\_\_\_

Лаборант \_\_\_\_\_

Другие специалисты \_\_\_\_\_

**Заключение и рекомендации консультанта** \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ **Фамилия, и., о. врача** \_\_\_\_\_

-----  
Заключение и рекомендации консультанта

Дата \_\_\_\_\_ **Фамилия, и., о. врача** \_\_\_\_\_

**\*При наличии даже одного положительного ответа на вопросы карты профилактического онкологического обследования следует обратиться на прием к врачу.**