

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА ДОНОРА ООЦИТОВ

Анкета донора ооцитов

Код СМР-90-2047

Дата заполнения «17» 04 2025г.

Национальность русская

Расовая принадлежность европеоидная

Религия вероисповедания православная

ДЕТИ

Наличие детей есть нет

Кол-во 2 Пол мужской Возраст самого младшего 1.11

ПЕРСОНАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Можем ли мы связаться с Вами после достижения ребенком 18 лет? да

нет

Можем ли мы раскрывать Вашу персональную информацию (имя, фото, голос, почерк и т.д.)? да

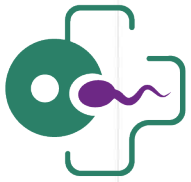
нет

Если «Да», то при каких условиях: только для пациентов из других городов

только персональные данные, без фото

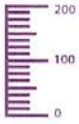
всю имеющуюся информацию

другое _____



УЛЬТРАБАНК

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ



Рост (см) 158



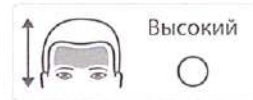
Вес (кг) 50

Лицо

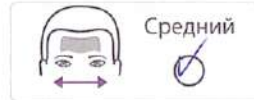
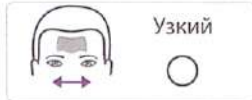
Форма



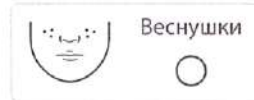
Высота лба



Размер лба

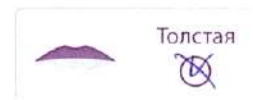


Особенности



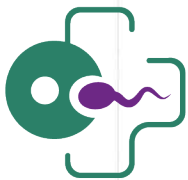
Губы

Верхняя



Нижняя





УЛЬТРАБАНК

Глаза

Цвет

<input checked="" type="radio"/> Голубые	<input type="radio"/> Серые	<input type="radio"/> Зеленые	<input checked="" type="radio"/> Карие	<input type="radio"/> Черные	<input type="radio"/> Ореховые
--	-----------------------------	-------------------------------	--	------------------------------	--------------------------------

Разрез глаз

Европейский <input checked="" type="radio"/>	Монголоидный <input type="radio"/>	Антимонголоидный <input type="radio"/>	Другое <input type="radio"/>
--	------------------------------------	--	------------------------------

Размер

<input type="radio"/> Маленькие	<input checked="" type="radio"/> Средние	<input type="radio"/> Большие
---------------------------------	--	-------------------------------

Межглазное расстояние

<input type="radio"/> Узкое	<input checked="" type="radio"/> Среднее	<input type="radio"/> Широкое
-----------------------------	--	-------------------------------

Ресницы

<input type="radio"/> Короткие	<input type="radio"/> Средние	<input checked="" type="radio"/> Длинные
--------------------------------	-------------------------------	--

Брови

<input type="radio"/> Узкие	<input checked="" type="radio"/> Средние	<input type="radio"/> Толстые
-----------------------------	--	-------------------------------

Уши

Размер

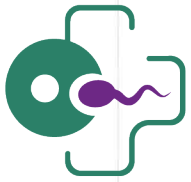
<input type="radio"/> Маленькие	<input checked="" type="radio"/> Средние	<input type="radio"/> Большие
---------------------------------	--	-------------------------------

Мочка

<input checked="" type="radio"/> Прилегает	<input type="radio"/> Не прилегает
--	------------------------------------

Расстояние от головы

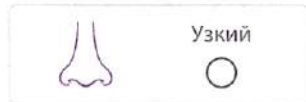
<input type="radio"/> Близко	<input checked="" type="radio"/> Посередине	<input type="radio"/> Далеко
------------------------------	---	------------------------------



УЛЬТРАБАНК

Нос

Форма



Профиль



Ширина

Узкий

Средний

Широкий

Длина

Короткий

Средний

Длинный

Зубы

Размер



Внешний вид

Прямые

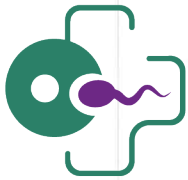
Искривленные

Другое _____

Подбородок

Форма





УЛЬТРАБАНК

Волосы

Структура

Прямые

Волнистые

Кудрявые

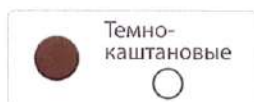
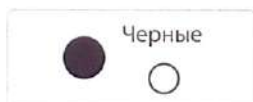
Объем

Тонкие

Средние

Плотные

Цвет



Седые волосы нет мало много полностью седой другое _____

В каком возрасте Вы начали седеть? _____

Телосложение худое плотное жилистое крупное другое _____

Размер одежды 42 Размер обуви 36

Ваши отличительные черты

Вы правша левша владеете двумя руками

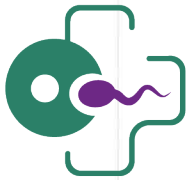
Есть ли у Вас веснушки да нет много мало

Характеристика кожи очень светлая светлая смуглая темная черная другое _____

Характеристика загара кожа не загорает
 кожа слегка загорает
 светлый цвет загара, но может переходить в умеренно темный
 загар хорошо ложится, стойкий темный цвет загара
 другое _____

Дополнительные сведения о себе, касающиеся фенотипических признаков _____

На кого из известных людей Вы считаете себя похожей _____



УЛЬТРАБАНК

Вредные привычки

Курение да нет иногда _____

Употребление алкоголя употребляю эпизодически не употребляю

Если употребляете, то с какой частотой? более всего не пью, 1р/5м

Употребление наркотических средств и/или психотропных веществ без назначения врача

только легкие никогда не употреблял эпизодически регулярно другое _____

Образование

Среднее образование школа лицей гимназия другое _____

Название учреждения Тимовский округ. Гек. СШ №2.

Средний балл (нужное обведите) 2 3 **4** 5

Особые достижения участник Олимпиады

Среднее специальное образование техникум лицей колледж другое _____

Название учреждения ПАТН
Специальность говор кондишер.

Средний балл (нужное обведите) 2 3 **4** 5

Особые достижения _____
Дипломная работа на тему: Тимовские ореховые ухи

Высшее образование институт университет академия другое _____

Название учреждения _____
Специальность _____

Средний балл (нужное обведите) 2 3 4 5

Особые достижения _____
Дипломная работа на тему: _____

Постдипломное образование аспирантура магистратура докторантура другое _____

Ученая степень _____

Основная область исследования _____



УЛЬТРАБАНК

Другая информация по образованию

- второе высшее образование _____
- курсы повышения квалификации Переподготовка на Базисном курсе
- художественная школа _____
- спортивная школа _____
- другое _____

Профессиональная деятельность

Основное место работы (название организации, род деятельности) ООУ № 103

Занимаемая должность Воспитатель

Особые достижения _____

Вредные и/или опасные производственные факторы есть нет

Если есть, то какие: _____

Расскажите о своей профессиональной деятельности: (ваше первое место работы, последующие места работы, занимаемые должности и т.д.)

Менеджер по продажам
Оператор ЕУ
Младший воспитатель
Воспитатель

Психологический портрет донора _____

ИНФОРМАЦИЯ О МАТЕРИ ДОНОРА

Код СМ-АД-3042 Дата заполнения «17» 04 2025 г.

Национальность русская
 Раса/расовая принадлежность славянская
 Религия вероисповедания _____

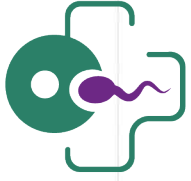
Укажите положительные и отрицательные черты характера Вашей матери:

Положительные коммуникабельная, добрая и открытая
 Отрицательные даже отсутствует

Фенотипические признаки:

<input checked="" type="checkbox"/> голубые	<input checked="" type="checkbox"/> европейский	<input type="checkbox"/> брюнет	<input type="checkbox"/> прямой	<input type="checkbox"/> высокий
<input type="checkbox"/> серые	<input type="checkbox"/> монголоидный	<input type="checkbox"/> блондин	<input type="checkbox"/> с горбинкой	<input type="checkbox"/> низкий
<input checked="" type="checkbox"/> зеленые	<input type="checkbox"/> антимонголоидный	<input type="checkbox"/> шатен	<input checked="" type="checkbox"/> курносый	<input checked="" type="checkbox"/> средний
<input type="checkbox"/> карие	<input type="checkbox"/> другое	<input type="checkbox"/> рыжий	<input type="checkbox"/> широкий	<input type="checkbox"/> другое
<input type="checkbox"/> черные	_____	<input checked="" type="checkbox"/> русый	<input type="checkbox"/> другое	_____
<input type="checkbox"/> ореховые	_____	<input type="checkbox"/> другое	_____	_____
<input type="checkbox"/> другое	_____	_____	_____	_____

<input type="checkbox"/> прямые	<input type="checkbox"/> тонкие	<input checked="" type="checkbox"/> худое	<input type="checkbox"/> очень светлая
<input checked="" type="checkbox"/> вьющиеся	<input checked="" type="checkbox"/> толстые	<input type="checkbox"/> плотное	<input type="checkbox"/> светлая
<input type="checkbox"/> кудрявые	<input type="checkbox"/> средние	<input type="checkbox"/> жилистое	<input checked="" type="checkbox"/> смуглая
<input type="checkbox"/> другое	<input type="checkbox"/> другое	<input type="checkbox"/> крупное	<input type="checkbox"/> темная
_____	_____	<input type="checkbox"/> другое	<input type="checkbox"/> черная
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> другое



УЛЬТРАБАНК



ИНФОРМАЦИЯ О МАТЕРИ ДОНОРА

Образование:

Среднее образование: Специальная СОУШ

Средне-специальное образование _____

Высшее образование _____

Постдипломное образование (ученые степень, звание) _____

Профессиональная деятельность:

Основное место работы: Менеджер Занимаемая должность _____

Здоровье:

Самочувствие Вашей матери на данный момент

отличное хорошее удовлетворительное плохое возраст смерти 62

Группа крови: IT Резус фактор: +

Другая информация о матери, которую Вы считаете необходимой нам сообщить (вредные привычки, хронические заболевания и др.)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЦЕ ДОНОРА

Код СМР-80-3088 Дата заполнения «17» 04 2015 г.

Национальность русский
 Раса/расовая принадлежность славянский
 Религия вероисповедания _____

Укажите положительные и отрицательные черты характера Вашего отца:

Положительные добродыш, открытый, радушный.
 Отрицательные _____

Фенотипические признаки:

Цвет глаз <input type="checkbox"/> голубые <input type="checkbox"/> серые <input type="checkbox"/> зеленые <input checked="" type="checkbox"/> карие <input type="checkbox"/> черные <input type="checkbox"/> ореховые <input type="checkbox"/> другое _____	Разрез глаз <input checked="" type="checkbox"/> европейский <input type="checkbox"/> монголоидный <input type="checkbox"/> антимонголоидный <input type="checkbox"/> другое _____	Цвет волос <input type="checkbox"/> брюнет <input type="checkbox"/> блондин <input type="checkbox"/> шатен <input type="checkbox"/> рыжий <input checked="" type="checkbox"/> русый <input type="checkbox"/> другое _____	Нос <input checked="" type="checkbox"/> прямой <input type="checkbox"/> с горбинкой <input type="checkbox"/> курносый <input checked="" type="checkbox"/> широкий <input type="checkbox"/> другое _____	Лицо <input type="checkbox"/> круглое <input type="checkbox"/> овальное <input type="checkbox"/> узкое <input checked="" type="checkbox"/> широкое <input type="checkbox"/> квадратное <input type="checkbox"/> другое _____	Лоб <input checked="" type="checkbox"/> высокий <input type="checkbox"/> низкий <input type="checkbox"/> средний <input type="checkbox"/> другое _____
--	--	--	---	---	---

Тип волос <input checked="" type="checkbox"/> прямые <input type="checkbox"/> вьющиеся <input type="checkbox"/> кудрявые <input type="checkbox"/> другое _____	Структура волос <input checked="" type="checkbox"/> тонкие <input type="checkbox"/> толстые <input type="checkbox"/> средние <input type="checkbox"/> другое _____	Телосложение <input type="checkbox"/> худое <input checked="" type="checkbox"/> плотное <input type="checkbox"/> жилистое <input type="checkbox"/> крупное <input type="checkbox"/> другое _____	Характеристика кожи <input type="checkbox"/> очень светлая <input type="checkbox"/> светлая <input type="checkbox"/> смуглая <input checked="" type="checkbox"/> темная <input type="checkbox"/> черная <input type="checkbox"/> другое _____
---	---	--	--

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЦЕ ДОНОРА

Образование :

Среднее образование 9 кл
Средне-специальное образование _____
Высшее образование _____
Постдипломное образование (ученые степень, звание) _____

Профессиональная Деятельность:

Основное место работы бухгалтер / менеджер Занимаемая должность _____

Здоровье:

Самочувствие Вашего отца на данный момент

отличное хорошее удовлетворительное плохое возраст смерти 57

Группа крови II Резус фактор +

Другая информация о здоровье отца, которую Вы считаете необходимой нам сообщить (вредные привычки, хронические заболевания и др.)

Умер от рака пищевода

СВЕДЕНИЯ О ДЕТЯХ ДОНОРА



Код СМП-ВД-2024

Дата заполнения «18» 08 2025 г.

Имеется ли Вы детей? да нет

Если «Да», то сколько мужского пола

женского пола

1. Для каждого ребенка (в том числе внебрачных) укажите имя/пол и опишите здоровье (если есть проблемы – расскажите о них).

Имя ребенка	Пол	Возраст	Состояние здоровья	Специфические проблемы со здоровьем
<u>Индар</u>	<u>м</u>	<u>3</u>	<u>здоров</u>	
<u>Сильес</u>	<u>м</u>	<u>1</u>	<u>здоров</u>	

2. Для каждого ребенка укажите фенотипические особенности:

Имя ребенка	Пол	Возраст	Цвет глаз	Разрез глаз	Цвет волос	Нос	Лицо	Тип волос	Структура волос
<u>Индар</u>	<u>м</u>	<u>3</u>	<u>каш.</u>	<u>еврон</u>	<u>руж</u>	<u>прям</u>	<u>оваль.</u>	<u>прям</u>	<u>толс</u>
<u>Сильес</u>	<u>м</u>	<u>1</u>	<u>кар</u>	<u>еврон</u>	<u>руж</u>	<u>прям</u>	<u>овал</u>	<u>пр.</u>	<u>толс</u>

СВЕДЕНИЯ О ДЕТЯХ ДОНОРА

3. Укажите положительные и отрицательные черты характера для каждого из Ваших детей.

Имя ребенка	Пол	Возраст	Положительные черты характера	Отрицательные черты характера
Младар	м	3	чуждый, добрый, активный	капризен
Мвас	м	1	добрый, сообразный, общителен	любви в редких случаях

4. В Вашей семье когда-либо были трудности с достижением беременности да нет

Если «Да», то укажите причины _____

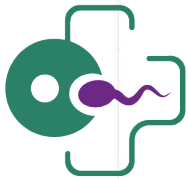
5. Есть ли двойни или тройни в Вашем роду? да нет

Если «Да», то опишите у кого, когда и какого пола родились дети _____

6. Есть ли аллергия у Ваших детей? да нет

Если «Да», укажите конкретные вещества и вызываемые реакции _____

7. Другая информация о здоровье, которую Вы считаете необходимой нам сообщить _____



УЛЬТРАБАНК

ПЕРСОНАЛЬНОЕ ЭССЕ ДОНОРА



Код ВМП-ВД-3044

Дата заполнения «14» 04 2025 г.

1. Как бы Вы описали свой характер? Пожалуйста, приведите примеры того, как в жизни проявляются данные черты

Терпеливая, выносливая, стараюсь
с человеком справиться с любыми трудностями
в жизни. Отзывчивая. Всегда готова
идти на помощь.

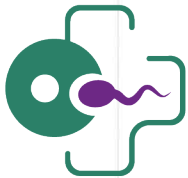
2. Кто из членов семьи Вам ближе всего и почему? Расскажите Вашу самую любимую историю, которую Ваши родственники и друзья часто рассказывают о Вас

Ближе всего маме. Она заменила мне
мать. В основном я, мамин ребенок.
Близко все друзья. Юлиана, Ольга,
Евгений и т.д.

3. Чем в жизни Вы гордитесь больше всего и почему?

Своими детьми.

4. Если бы у Вас была возможность поужинать с любым человеком из прошлого или настоящего времени, кого бы Вы выбрали и почему?



УЛЬТРАБАНК

ПЕРСОНАЛЬНОЕ ЭССЕ ДОНОРА



5. Какие жизненные принципы и черты Вы бы в первую очередь хотели видеть в Вашем ребенке?

ответственности за свои поступки и
уверенностью

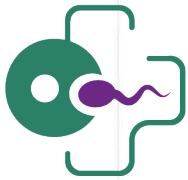
6. Опишите Ваш самый экстремальный поступок в жизни, который Вы когда-либо совершали?

Езда без прав в детском возрасте.
Копилку свою оставил у отца
и вондешем выбрасывала свои
жетоны

7. Почему Вы хотите стать донором?

мне здоровье хочется
стать донором.

8. Напишите несколько пожеланий людям, которые выберут Вас в качестве донора ооцитов



УЛЬТРАБАНК

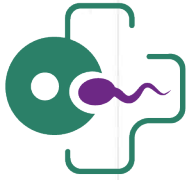
ПЕРСОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОНОРА



Код СМР-ДД-3077

Дата заполнения «17» 04 2025 г.

1. Кто Вы по знаку зодиака Рак
2. Ваша любимая книга / автор Душаров и Маммер и Меридиа⁴
3. Читаете ли вы журналы? Какой журнал предпочитаете _____
4. Какая музыка Вам нравится (жанр, исполнители)? популярная
5. Вы любите готовить? Ваше любимое блюдо да (люблю все)
6. Ваш любимый напиток чай
7. Ваш любимый цвет белый, черный
8. Любите ли Вы животных? Ваше любимое животное кошка
9. Есть ли у Вас домашние животные? Как их зовут _____
10. Ваш любимый актер (актриса)? _____
11. Ваш любимый фильм? _____
12. Любимый мультфильм детства? Том и Джери
13. Какую радиостанцию Вы обычно слушаете? Маруся FM
14. Любимые имена (мужское и женское) Дмитрий, Маша
15. Ваше счастливое число 9
16. Расскажите о Ваших любимых праздниках (как и где Вы их проводите) День рождения
в кругу семьи
17. Ваши привычки _____
18. Что Вы никогда не простите измену.
19. У Вас есть какие-либо страхи? Расскажи про них потеря близких
20. Расскажите о Вашем хобби, интересах и талантах пою



УЛЬТРАБАНК

ПЕРСОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОНОРА



21. Вы любите спорт? Расскажите о Вашем любимом виде спорта. Каким видом спорта вы занимаетесь/занимались?

*В юности я занимался борьбой,
волейболом*

22. Знаете ли Вы иностранные языки? На каких языках Вы можете разговаривать _____



УЛЬТРАБАНК ИСТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ ДОНОРА И РОДСТВЕННИКОВ ДОНОРА

Код СМР-АО-3077

Дата заполнения 17 04 2021г.

Группа крови I Резус фактор +

1. Относятся ли Вы к группе лиц с нетрадиционной сексуальной ориентацией (гомо-/бисексуализм)?

да нет другое _____

2. Вам когда-либо было отказано в донорстве крови? да нет

Если «Да» укажите причину _____

3. В настоящее время у Вас есть на что-нибудь аллергия? да нет

Если «Да», то на что? еда растения животные лекарства другое _____

Укажите список конкретных веществ (лекарств), вызывающих у Вас аллергические реакции.

Вещества	Вызываемая реакция

4. Какое у Вас зрение? отличное хорошее среднее плохое

Носите ли Вы линзы очки

Характерные особенности. Вы близорукий дальнозоркий другое _____

Ваше зрение: минус 0.75 (число), плюс _____ (число)

5. Есть ли у Вас проблемы со слухом? да нет

Если «Да», опишите _____

6. Состояние Ваших зубов отличное хорошее среднее плохое другое _____

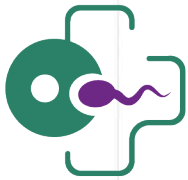
Как часто Вы обращаетесь к стоматологу? раз в 3 года

7. Есть ли у Вас ограничения в употреблении пищи? да нет другое _____

Если «Да», укажите Ваши ограничения (диеты) _____

Принимаете ли Вы витамины или пищевые добавки? да нет другое _____

Если «Да», что именно вы принимаете, как часто? _____



УЛЬТРАБАНК

ИСТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ ДОНОРА И РОДСТВЕННИКОВ ДОНОРА

8. Как часто Вы делаете физические упражнения, занимаетесь спортом?

регулярно иногда редко никогда другое _____

Какой тип упражнений Вы выполняете аэробные кардио силовые другое _____

Вид спорта? _____

9. Были ли у Вас хирургические вмешательства? да нет

Если «Да», укажите, какие именно, в связи с чем, в каком году, последствия _____

Вид хирургического вмешательства	Год	Последствия

10. У Вас есть братья или сестры, которые умерли в младенчестве или в детстве? да нет

Если «Да», то какова была причина? _____

11. Существуют ли какие-либо заболевания или аномалии, которые появились у кого-либо из Ваших родственников в результате профессиональной деятельности? да нет

Если «Да», то опишите заболевание, укажите, кто именно из членов семьи пострадал и при каких обстоятельствах _____

12. Кто-нибудь в вашей семье, включая Вас, испытывал повторяющиеся и/или хронические симптомы, которые не были диагностированы врачом? да нет

(Пожалуйста, укажите даже те симптомы, которые, вы считаете не столь серьезными).

Если «Да», опишите их _____

13. Другая информация о здоровье, которую Вы считаете необходимой нам сообщить _____



МЕДИЦИНСКАЯ ИСТОРИЯ СЕМЬИ ДОНОРА

Код СМП-ДО-3084 Дата заполнения «14» 04 2025 г.

Родные	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры	
					по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца
1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	3	2	4	3	

Пожалуйста, укажите количество всех родных (биологических) членов вашей семьи (в том числе умерших родственников), включая сводных братьев и сестер, с которыми Вы имеете одного общего родителя.

Пожалуйста, укажите, какие из следующих проблем (заболеваний), были обнаружены у Вас или у членов вашей семьи. Поставьте галочки в соответствующих ячейках. Если ни вы, ни члены вашей семьи, не болели данными заболеваниями, укаванными в списке, пожалуйста, поставьте галочку в столбце «НИКТО».

Заболевания	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки	Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры		Комментарии
							по линии матери	по линии отца		по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	
Врожденный порок сердца	+																	
Нарушение кровообращения	+																	
Высокое кровяное давление	+																	
Венозный тромбоз	+																	
Инфаркт	+																	
Инсульт	+																	
Аритмия	+																	
Стенокардия	+																	
Атеросклероз	+																	
Застойная сердечная недостаточность	+																	
Кардиомиопатия	+																	
Аневризма	+																	
Прочее																		

1. Сердечно-сосудистая система

рас

Заболевания	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры		Комментарии	
							по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца		
2. Кровеносная система																				
Гемофилия																				
Лейкемия, лейкоз	+																			
Иммунодефицит	+																			
Анемия	+																			
Серповидно-клеточная анемия																				
Анемия Фанкони																				
Талассемия	+																			
Гемохроматоз	+																			
Прочее _____																				
3. Респираторная система																				
Врожденные дефекты дыхательной системы																				
Астма	+																			
Муковисцидоз	+																			
Рак легких																				
Хроническая обструктивная болезнь легких	+																			
Эмфизема легких	+																			
Сенная лихорадка	+																			
Прочее _____																				
4. Кожа																				
Акне																				
Экзема	+																			
Нарушения пигментации	+																			
Псориаз	+																			
Меланома	+																			
Другие опухоли кожи	+																			
Прочее _____																				



УЛЬТРАБАНК

Заболевания	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры		Комментарии	
							по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца		
7. Половая / репродуктивная система																				
Врожденные дефекты половой/репродуктивной системы	+																			
Бесплодие																				
Рак груди																				
Рак шейки матки																				
Рак матки																				
Рак яичников																				
Рак простаты																				
Рак яичек																				
Гипоспадия																				
Крипторхизм																				
Прочее _____																				
8. Эндокринная система / обмен веществ																				
Врожденные дефекты эндокринной системы	+																			
Сахарный диабет	+																			
Нарушение обмена веществ	+																			
Заболевания парашитовидных желез	+																			
Заболевания гипофиза	+																			
Заболевания надпочечников	+																			
Рак щитовидной железы	+																			
Болезнь Гоше																				
Прочее _____																				



УЛЬТРАБАНК

Заболевания	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры		Комментарии	
							по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца		по линии матери
10. Психические расстройства																				
Хроническая депрессия		+																		
Приступы паники или ярости		+																		
Шизофрения		+																		
Биполярное расстройство личности		+																		
Маниакально-депрессивный синдром		+																		
Прочее _____																				
11. Опорно-двигательный аппарат																				
Врожденные дефекты опорно-двигательного аппарата		+																		
Артрит																				
Косолапость		+																		
Деформация позвоночника		+																		
Карликовость		+																		
Подагра		+																		
Задержка роста		+																		
Мышечная дистрофия		+																		
Другие хронические мышечные заболевания		+																		
Заячья губа или волчья пасть		+																		
Остеопороз		+																		
Прочее _____																				

Заболевания	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры		Комментарии	
							по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца		по линии матери
12. Органы чувств																				
Врожденные заболевания органов чувств		+																		
Значительная потеря слуха		+																		
Слепота		+																		
Нарушение светового зрения		+																		
Глаукома		+																		
Глухота до 60 лет		+																		
Катаракта до 50 лет		+																		
Деформация ушной раковины		+																		
Искривление носовой перегородки		+																		
Другие заболевания органов чувств		+																		
13. Прочее																				
Алкоголизм		+																		
Наркотическая зависимость		+																		
Системная красная волчанка		+																		
Прочие аутоиммунные заболевания		+																		
Лекарственные аллергии		+																		
Поллинозы		+																		
Прочие аллергии		+																		
Не раковые новообразования или опухоли		+																		
Рак не указанный выше		+																		
Врожденный дефект не указанный выше		+																		
Генетические заболевания не указанные выше		+																		
Другие состояния не указанные выше		+																		

Есть ли в вашей семье, в том числе у Вас, повторяющиеся и/или хронические симптомы, которые не были диагностированы врачом? Да Нет

Если да, пожалуйста, опишите симптомы: