



УЛЬТРАБАНК

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА ДОНОРА ООЦИТОВ

Анкета донора ооцитов

Код СМР-90-3011

Дата заполнения «10» марта 2023г.

Национальность Русская

Расовая принадлежность Христианка

Религия вероисповедания Христианство

ДЕТИ

Наличие детей есть нет

Кол-во 2 Пол девочки Возраст самого младшего 6 лет

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

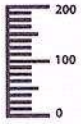
всю имеющуюся информацию

другое рост, вес, внешность



УЛЬТРАБАНК

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ



Рост (см) 155









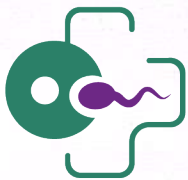
Вес (кг) 54

Лицо

Форма	 Круглое <input type="radio"/>	 Овальное <input checked="" type="radio"/>	 Квадратное <input type="radio"/>
Высота лба	 Низкий <input type="radio"/>	 Средний <input checked="" type="radio"/>	 Высокий <input type="radio"/>
Размер лба	 Узкий <input type="radio"/>	 Средний <input checked="" type="radio"/>	 Широкий <input type="radio"/>
Особенности	 Ямочки <input type="radio"/>	 Веснушки <input checked="" type="radio"/>	 Ямочка на подбородке <input checked="" type="radio"/>

Губы

Верхняя	 Тонкая <input type="radio"/>	 Средняя <input checked="" type="radio"/>	 Толстая <input type="radio"/>
Нижняя	 Тонкая <input type="radio"/>	 Средняя <input checked="" type="radio"/>	 Толстая <input type="radio"/>



УЛЬТРАБАНК

Глаза

Цвет

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

Расстояние от головы

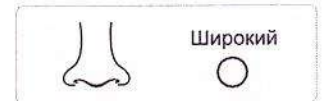
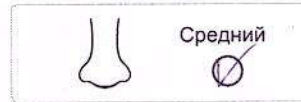
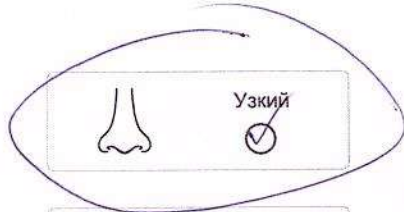
<input type="radio"/> Близко	<input checked="" type="radio"/> Посередине	<input type="radio"/> Далеко
------------------------------	---	------------------------------



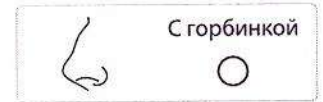
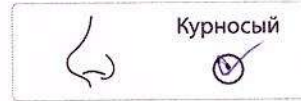
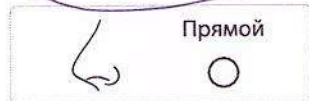
УЛЬТРАБАНК

Нос

Форма



Профиль



Ширина

Узкий

Средний

Широкий

Длина

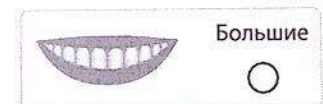
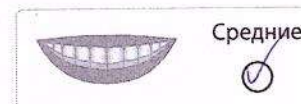
Короткий

Средний

Длинный

Зубы

Размер



Внешний вид

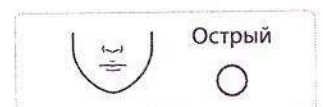
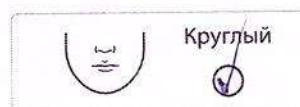
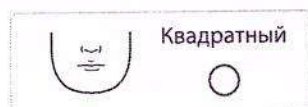
Прямые

Искривленные

Другое _____

Подбородок

Форма





УЛЬТРАБАНК

Вредные привычки

Курение да нет иногда _____

Употребление алкоголя употребляю эпизодически не употребляю

Если употребляете, то с какой частотой? раз в месяц

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

шк. 171 ПТУ №4

Название учреждения школа №188, школа №171

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

Особые достижения 4 класс на отлично!

Среднее специальное образование техникум лицей колледж другое _____

Название учреждения Профессиональное техническое учреждение №4

Специальность секретарь-машинистка

секретарь-стенографистка

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

Особые достижения _____

Дипломная работа на тему: мастеры Мариюста

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 _____
- художественная школа _____
- спортивная школа _____
- другое _____

Профессиональная деятельность

Основное место работы (название организации, род деятельности) домохозяйка

Занимаемая должность _____

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.) _____

ИНФОРМАЦИЯ О МАТЕРИ ДОНОРА

Код СМР-00-3011 Дата заполнения «10» марта 2023г.

Национальность русская Религия вероисповедания христианство
 Расовая принадлежность _____

Укажите положительные и отрицательные черты характера Вашей матери:

Положительные добрая, заботливая, внимательная
 Отрицательные уфройская

Фенотипические признаки:

Цвет глаз <input type="checkbox"/> голубые <input type="checkbox"/> серые <input checked="" type="checkbox"/> зеленые <input 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 checked="" type="checkbox"/> брюнет <input type="checkbox"/> блондин <input type="checkbox"/> шатен <input type="checkbox"/> рыжий <input type="checkbox"/> русый <input type="checkbox"/> другое _____	Нос <input type="checkbox"/> прямой <input checked="" type="checkbox"/> с горбинкой <input checked="" type="checkbox"/> курносый <input type="checkbox"/> широкий <input type="checkbox"/> другое _____	Лицо <input type="checkbox"/> круглое <input checked="" type="checkbox"/> овальное <input type="checkbox"/> узкое <input type="checkbox"/> широкое <input type="checkbox"/> квадратное <input type="checkbox"/> другое _____	Лоб <input type="checkbox"/> высокий <input type="checkbox"/> низкий <input checked="" 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 type="checkbox"/> тонкие <input type="checkbox"/> толстые <input checked="" type="checkbox"/> средние <input type="checkbox"/> другое _____	Телосложение <input type="checkbox"/> худое <input type="checkbox"/> плотное <input checked="" type="checkbox"/> жилистое <input type="checkbox"/> крупное <input type="checkbox"/> другое _____	Характеристика кожи <input type="checkbox"/> очень светлая <input checked="" type="checkbox"/> светлая <input type="checkbox"/> смуглая <input type="checkbox"/> темная <input type="checkbox"/> черная <input type="checkbox"/> другое _____
---	---	--	--

ИНФОРМАЦИЯ О МАТЕРИ ДОНОРА

Образование:

Среднее образование _____

Средне-специальное образование нет

Высшее образование _____

Постдипломное образование (ученые степень, звание) _____

Профессиональная деятельность:

Основное место работы школа "Патриотка" Занимаемая должность учитель-кассир

Здоровье:

Самочувствие Вашей матери на данный момент

отличное хорошее удовлетворительное плохое возраст смерти _____

Группа крови _____ Резус фактор _____

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

пожилые родственники

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЦЕ ДОНОРА

Код СМР-90-2011 Дата заполнения «01» марта 2023 г.

Национальность русский
 Раса принадлежность _____ Религия вероисповедания христианство

Укажите положительные и отрицательные черты характера Вашего отца:

Положительные добрый, работливый,
 Отрицательные дверкивое

Фенотипические признаки:

Цвет глаз <input checked="" type="checkbox"/> голубые <input type="checkbox"/> серые <input type="checkbox"/> зеленые <input 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 checked="" type="checkbox"/> блондин <input type="checkbox"/> шатен <input type="checkbox"/> рыжий <input type="checkbox"/> русый <input type="checkbox"/> другое _____	Нос <input type="checkbox"/> прямой <input type="checkbox"/> с горбинкой <input checked="" type="checkbox"/> курносый <input type="checkbox"/> широкий <input type="checkbox"/> другое _____	Лицо <input type="checkbox"/> круглое <input checked="" type="checkbox"/> овальное <input type="checkbox"/> узкое <input type="checkbox"/> широкое <input type="checkbox"/> квадратное <input type="checkbox"/> другое _____	Лоб <input type="checkbox"/> высокий <input type="checkbox"/> низкий <input checked="" 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 type="checkbox"/> тонкие <input type="checkbox"/> толстые <input checked="" type="checkbox"/> средние <input type="checkbox"/> другое _____	Телосложение <input type="checkbox"/> худое <input type="checkbox"/> плотное <input checked="" type="checkbox"/> жилистое <input type="checkbox"/> крупное <input type="checkbox"/> другое _____	Характеристика кожи <input type="checkbox"/> очень светлая <input checked="" type="checkbox"/> светлая <input type="checkbox"/> смуглая <input type="checkbox"/> темная <input type="checkbox"/> черная <input type="checkbox"/> другое _____		

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЦЕ ДОНОРА



Образование :

Среднее образование _____

Средне-специальное образование _____

Высшее образование _____

Постдипломное образование (ученые степень, звание) _____

Профессиональная деятельность:

Основное место работы _____ Занимаемая должность _____

Здоровье:

Самочувствие Вашего отца на данный момент

отличное хорошее удовлетворительное плохое возраст смерти _____

Группа крови _____ Резус фактор _____

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

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
Миша	муж	8 лет	честный, заботливый	упрямый
Яша	муж	6 лет	добрый, доверчивый	конфузливый

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 препарат Бисептол

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

СВЕДЕНИЯ О ДЕТЯХ ДОНОРА

Код СМР-90-2011

Дата заполнения «10» марта 2023г.

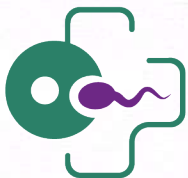
Имеете ли Вы детей? да нет Если «Да», то сколько мужского пола _____ женского пола 2

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>Маша</u>	<u>жен</u>	<u>3 лет</u>	<u>отличное</u>	
<u>Анна</u>	<u>жен</u>	<u>3 лет</u>	<u>отличное</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>Элина</u>	<u>жен</u>	<u>3 лет</u>	<u>голубые</u>	<u>европейский</u>	<u>брюнет</u>	<u>прямой</u>	<u>круглое</u>	<u>прямые</u>	<u>тонкие</u>
<u>Маша</u>	<u>жен</u>	<u>3 лет</u>	<u>серые</u>	<u>монголоидный</u>	<u>блондин</u>	<u>с горбинкой</u>	<u>овальное</u>	<u>вьющиеся</u>	<u>толстые</u>
			<u>зеленые</u>	<u>антимонгоидный</u>	<u>шатен</u>	<u>широкий</u>	<u>узкое</u>	<u>кудрявые</u>	<u>средние</u>
			<u>карие</u>	<u>новый</u>	<u>рыжий</u>	<u>другое</u>	<u>широкое</u>	<u>другое</u>	<u>другое</u>
			<u>черные</u>	<u>другое</u>	<u>русый</u>		<u>квадратное</u>		
			<u>ореховые</u>		<u>другое</u>		<u>другое</u>		
			<u>другое</u>						



УЛЬТРАБАНК

ПЕРСОНАЛЬНОЕ ЭССЕ ДОНОРА ООЦИТОВ

Код СМР-90-3011

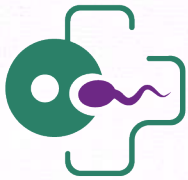
Дата заполнения «10» марта 2023 г.

1. Как бы Вы описали свой характер? Пожалуйста, приведите примеры того, как в жизни проявляются данные черты Целеустремленность, Хотела давить, была и выучилась на «королевское выпрямленное волос».

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 старшая сестра Екатерина. Вторая младшая

3. Чем в жизни Вы гордитесь больше всего и почему? Горжусь своей старшей дочкой

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



УЛЬТРАБАНК

ПЕРСОНАЛЬНОЕ ЭССЕ ДОНОРА ООЦИТОВ



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

Доброту, отзывчивость, дружелюбность, целеустремленность.

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

7. Почему Вы хотите стать донором? *Хочу помочь маме, которая сама не может зачать детей.*

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

Желаю, чтобы все получилось. Самая главная заповедь ребенка, не важно какого пола он будет.



УЛЬТРАБАНК ПЕРСОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОНОРА ООЦИТОВ  

Код СМР-ДО-3011

Дата заполнения «10» марта, 2022 г.

1. Кто Вы по знаку зодиака Лев
2. Ваша любимая книга / автор _____
3. Читаете ли вы журналы? Какой журнал предпочитаете _____
4. Какая музыка Вам нравится (жанр, исполнители)? шаман (Григорий Лепс)
5. Вы любите готовить? Ваше любимое блюдо люблю, суп борщ
6. Ваш любимый напиток арбузового сока
7. Ваш любимый цвет белый
8. Любите ли Вы животных? Ваше любимое животное собака
9. Есть ли у Вас домашние животные? Как их зовут собака (кабель) Джесси
10. Ваш любимый актер (актриса)? _____
11. Ваш любимый фильм? Титаник
12. Любимый мультфильм детства? Смешарики
13. Какую радиостанцию Вы обычно слушаете? Радио
14. Любимые имена (мужское и женское) Денис, Миша
15. Ваше счастливое число 6
16. Расскажите о Ваших любимых праздниках (как и где Вы их проводите) в кругу семьи
17. Ваши привычки убираться дома
18. Что Вы никогда не простите предательство
19. У Вас есть какие-либо страхи? Расскажи про них потерять близких людей
20. Расскажите о Вашем хобби, интересах и талантах _____



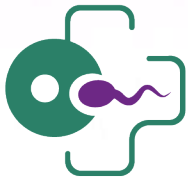
УЛЬТРАБАНК ПЕРСОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОНОРА ООЦИТОВ 

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

Легкая атлетика

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

*немецкой }
французской } итало*



УЛЬТРАБАНК

ИСТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ ДОНОРА И РОДСТВЕННИКОВ ДОНОРА

Код СМР-20-3011

Дата заполнения «10» сентября 2023 г.

Группа крови 2+ 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 _____ (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 два 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? классическая атлетика

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 _____

Заболелания	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 _____																				

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		
9. Нервная система																				
Врожденные заболевания головного или спинного мозга	—																			
Рак головного или спинного мозга	—																			
Заболевания спинного мозга (анэнцефалия, расщепление позвоночника)	—																			
Эпилепсия	—																			
Мигрень	—																			
Умственная отсталость	—																			
Церебральный паралич	—																			
Аутизм	—																			
Задержка развития	—																			
Семейные анемии	—																			
Нарушение подвижности	—																			
Нарушение обучения	—																			
Расянный склероз	—																			
Задержка развития речи	—																			
Нейрофиброматоз	—																			
Гидроцефалия	—																			
Старческое слабоумие до 50 лет	—																			
Болезнь Канавана	—																			
Болезнь Гентингтона	—																			
Болезнь Альцгеймера	—																			
Болезнь Нимана-Пика	—																			
Болезнь Паркинсона	—																			
Синдром дефицита внимания	—																			
Синдром Туретта	—																			
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		
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: