

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА ДОНОРА ООЦИТОВ

Анкета донора ооцитов

Код СМР-ДО-3059

Дата заполнения «12» мая 2025 г.

Национальность русская

Расовая принадлежность европеоидная

Религия вероисповедания христианство

ДЕТИ

Наличие детей есть нет

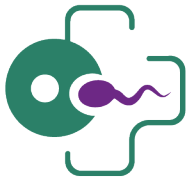
Кол-во _____ Пол _____ Возраст самого младшего _____

ПЕРСОНАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

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

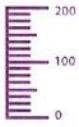
Можем ли мы раскрывать Вашу персональную информацию (имя, фото, голос, почерк и т.д.)? да
 нет

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) 185









Вес (кг) 55

Лицо

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

Губы

Верхняя	 Тонкая <input type="radio"/>	 Средняя <input checked="" type="checkbox"/>	 Толстая <input type="radio"/>
Нижняя	 Тонкая <input type="radio"/>	 Средняя <input checked="" type="checkbox"/>	 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 Монголоидный Антимонголоидный Другое

Размер

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

Межглазное расстояние

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

Ресницы

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

Брови

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

Уши

Размер

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

Мочка

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

Расстояние от головы

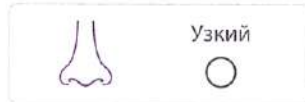
Близко <input type="radio"/>	Посередине <input checked="" type="radio"/>	Далеко <input type="radio"/>
------------------------------	---	------------------------------



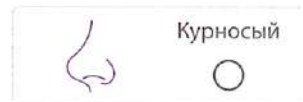
УЛЬТРАБАНК

Нос

Форма



Профиль



Ширина

Узкий

Средний

Широкий

Длина

Короткий

Средний

Длинный

Зубы

Размер



Внешний вид

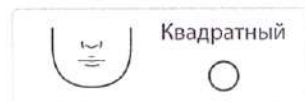
Прямые

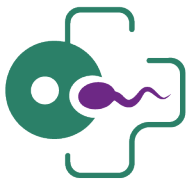
Искривленные

Другое _____

Подбородок

Форма





УЛЬТРАБАНК

Волосы

Структура Прямые Волнистые Кудрявые

Объем Тонкие Средние Плотные

Цвет

<input type="radio"/> Черные	<input type="radio"/> Темно-каштановые	<input checked="" type="radio"/> Каштановые	<input type="radio"/> Русый
<input type="radio"/> Рыжие	<input type="radio"/> Темный блондин	<input type="radio"/> Блондин	<input type="radio"/> Седые

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 37

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? _____

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 Школа-интернат одаренных детей им. А.В. Бужевина

Средний балл (нужное обведите) 2 3 4 5

Особые достижения Призер регионального этапа ВСОШ по литературе

Среднее специальное образование техникум лицей колледж другое _____

Название учреждения Нижегородский медицинский колледж

Специальность естественное дело

Средний балл (нужное обведите) 2 3 4 5

Особые достижения _____

Дипломная работа на тему: _____

Высшее образование институт университет академия другое _____

Название учреждения _____

Специальность _____

Средний балл (нужное обведите) 2 3 4 5

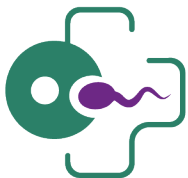
Особые достижения _____

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) _____

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.) _____

Психологический портрет донора _____

ИНФОРМАЦИЯ О МАТЕРИ ДОНОРА

Код СМР-ДО-3059 Дата заполнения «12» сентября 2025 г.

Национальность русская
 Раса принадлежность европеоидная Религия вероисповедания Христианство

Укажите положительные и отрицательные черты характера Вашей матери:

Положительные Доброта, открытость, общительность, заботливость
 Отрицательные всегда была

Фенотипические признаки:

Цвет глаз	Разрез глаз	Цвет волос	Нос	Лицо	Лоб
<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	<input checked="" type="checkbox"/> европейский <input type="checkbox"/> монголоидный <input type="checkbox"/> антимонголоидный <input type="checkbox"/> другое	<input type="checkbox"/> брюнет <input type="checkbox"/> блондин <input checked="" type="checkbox"/> шатен <input type="checkbox"/> рыжий <input type="checkbox"/> русый <input type="checkbox"/> другое	<input checked="" type="checkbox"/> прямой <input type="checkbox"/> с горбинкой <input type="checkbox"/> курносый <input type="checkbox"/> широкий <input type="checkbox"/> другое	<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	<input type="checkbox"/> высокий <input type="checkbox"/> низкий <input checked="" type="checkbox"/> средний <input type="checkbox"/> другое

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

Высшее образование медицинского профиля

Постдипломное образование (ученые степень, звание) _____

Профессиональная деятельность:

Основное место работы Амбулатория поликлиники Занимаемая должность кабинетный сотрудник

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.)



ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЦЕ ДОНОРА

Код СМР-АО-5059 Дата заполнения «12» сентября 2025 г.

Национальность украинка
 Раса принадлежность европеоидная Религия вероисповедания христианство

Укажите положительные и отрицательные черты характера Вашего отца:

Положительные _____
 Отрицательные _____

Фенотипические признаки:

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

<input checked="" type="checkbox"/> прямые	<input type="checkbox"/> тонкие	<input type="checkbox"/> худое	<input checked="" type="checkbox"/> очень светлая
<input type="checkbox"/> вьющиеся	<input type="checkbox"/> толстые	<input type="checkbox"/> плотное	<input type="checkbox"/> светлая
<input type="checkbox"/> кудрявые	<input checked="" type="checkbox"/> средние	<input checked="" type="checkbox"/> жилистое	<input 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

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЦЕ ДОНОРА



Образование :

Среднее образование _____

Средне-специальное образование _____

Высшее образование экономическое матеиатическое

Постдипломное образование (ученые степень, звание) _____

Профессиональная деятельность:

Основное место работы Сбербанк Занимаемая должность интерактивный менеджер

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



Код СМР-00-3059

Дата заполнения «12» сентября 2025 г.

Имеете 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

2. Для каждого ребенка укажите фенотипические особенности:

Имя ребенка	Пол	Возраст	Цвет глаз	Разрез глаз	Цвет волос	Нос	Лицо	Тип волос	Структура волос
			голубые серые зеленые карие черные ореховые другое	европейский монголоидный антимонголоид- ный другое	брюнет блондин шатен рыжий русый другое	прямой с горбинкой курносый широкий другое	круглое овальное узкое широкое квадратное другое	прямые вьющиеся кудрявые другое	тонкие толстые средние другое

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

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

Если «Да», то укажите причины _____

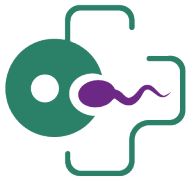
5. Есть ли двойни или тройни в Вашем роду? да нет

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 СМР-ДО-3059

Дата заполнения «12» марта 2025 г.

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

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

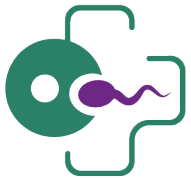
Я очень ценю свою бабушку за её вклад в моё воспитание и развитие. Она всегда была на вокзал, в кафе, в спортзал, спортивную аптечку и бассейн. Ей пришлось уволиться с работы, чтобы везде со мной быть. Она привила мне любовь к литературе, русскому и общению. Каждый вечер мы играли в мажор, дурака или лото. Так уже в садике я возмужала у воспитательницы в подарок не спать на тихом часе. В музыкалке мне убирали галтели и артефакты, когда я возмужала в карго. Бабушка всем рассказывает, что в свои 7 лет я уже была маленьким хитрым стрелком.

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

Я много выступала в концертах на фортепиано, но каждый раз закрывала глаза на сцене, чтобы не видеть этот огромный зал зрителей, перед которыми я так боюсь выступать. Скорее я ни выступала, не могу перебороть это волнение. Но, когда на пианино, я хочу закрыть глаза и убедиться, что кто-то играет в аллюре. В этом моменте нет ни камер, ни зрителей, и я забываю, как люблю играть свои песни.

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

Я очень люблю по своей бабушке. Она осталась жить в Петрозаводске, поэтому мы видимся только на моих каникулах. Мне нравится говорить с ней по телефону, но мне не хватает её присутствия в моей жизни.



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

Меня больше всего привлекает в людях доброта, отзывчивость, сопереживание. В школе можно наблюдать групповые взаимодействия, дружба. Я бы хотела, чтоб мой ребенок был тем, кто всегда готов заступиться или помочь кому-то в трудной ситуации. Я не знаю, что может быть хуже равнодушию и безразличию. Пусть бы были хоть какие-то качества, застенчивость и скромность, зато они будут дороже всех тех, кто внешне слабее.

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

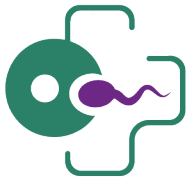
Я не люблю общественный транспорт из-за мужчин, которые навязывают свои куклы, приставая к девушкам и девочкам. Я всегда это много раз, но в последний раз последний месяц особенно поразило, что девушка уже плачет, но молчит, пока её трахают по косяку мужчины лет 40-50. Я единственная за нее заступаюсь, как раз перешел в мою очередь дружка в туалет. Мне настолько обидно за эту девушку, что я была готова биться насмерть с тем незнакомцем. Меня как-то раз ударили по голове и в живот, мужчина, был на автобусе, девушка плала со мной вернуться под и сидели, а потом мы стали лучшими подружками. Я и сегодня готова за нее драться.

7. Почему Вы хотите стать донором?

Мне очень нравятся пары, которые очень хотят, но не могут завести ребенка. Я буду рада, если мое донорство поможет кому-то стать счастливее и воплотит в жизнь мечты.

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

Я желаю всем женщинам не сдаваться и бороться к своей мечте. Надежда на лучшее и поддержка близких помогут вам пережить этот сложный период. Не отказывайтесь, какое бы не было это ЭКО не бойтесь!



УЛЬТРАБАНК

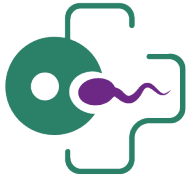
ПЕРСОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОНОРА



Код СМР-ДО-3059

Дата заполнения «12» марта 2025 г.

1. Кто Вы по знаку зодиака телец
2. Ваша любимая книга / автор Лермонтов "Герой нашего времени", все книги Стивена Кинга
3. Читаете ли вы журналы? Какой журнал предпочитаете _____
4. Какая музыка Вам нравится (жанр, исполнители)? легкая рок: Закириа, Фейр, Ногте екайперы, Бил
5. Вы любите готовить? Ваше любимое блюдо я люблю, когда мне готовят мясо жареное. Грудкой суп, сырники, паста с курицей
6. Ваш любимый напиток бабушкины компоты или морс из лесных ягод
7. Ваш любимый цвет лавандовый
8. Любите ли Вы животных? Ваше любимое животное _____
9. Есть ли у Вас домашние животные? Как их зовут А меня е двумя собаками. Одну зовут Маргоша, а другую - белая.
10. Ваш любимый актер (актриса)? Дарсан Бродди
11. Ваш любимый фильм? Собака и кошка
12. Любимый мультфильм детства? "Ну, погоди!", "Смешарики"
13. Какую радиостанцию Вы обычно слушаете? _____
14. Любимые имена (мужское и женское) Меркуриус
15. Ваше счастливое число 8
16. Расскажите о Ваших любимых праздниках (как и где Вы их проводите) Новый год в компании с родными и близкими. Мы долго гуляем ночью, поем песни и зажигаем багряные свечи
17. Ваши привычки Мне не нравится яркий искусственный свет, дома всегда зажжено ароматическое свечико (это особенно расслабляет в ванной) или ночники
18. Что Вы никогда не простите Предательство. Это касается не только профессиональных отношений, но и друзей. Я хочу сказать с людьми только крепкие здоровые отношения
19. У Вас есть какие-либо страхи? Расскажи про них Я боюсь провалов людей на работе.
20. Расскажите о Вашем хобби, интересах и талантах Я очень люблю музыку. Записала в отпуске музыкальные видео. Если бы не переехала в Уфу, занималась бы профессионально пока мой преподавательница не сойдет со мной с ума.



УЛЬТРАБАНК

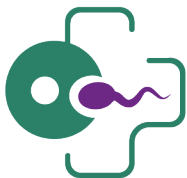
ПЕРСОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОНОРА



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

Я занимаюсь настольным теннисом и волейболом. Волейбол более захватывающий, но теннис динамичнее. Что больше нравится, когда ~~мать~~ Любю всеу спорта по-своему интересен

22. Знаете ли Вы иностранные языки? На каких языках Вы можете разговаривать В школе мне нравилось изучать немецкий, но я не могу свободно разговаривать на нем. С легкой иронией в предположении немецкий вовсе не звучит как грубый язык



УЛЬТРАБАНК ИСТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ ДОНОРА И РОДСТВЕННИКОВ ДОНОРА

Код СМР-20-3059

Дата заполнения «18» мая 2025 г.

Группа крови A(II) Резус фактор положительный

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 2 (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 _____

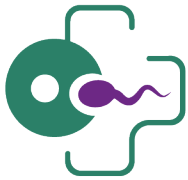
Как часто Вы обращаетесь к стоматологу? 1 раз в 2 года для профилактики

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? Волейбол, теннис

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 СМРАД-3059

Дата заполнения « 12 » сентября 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
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.	1	1	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2

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, указанными 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		
1. Сердечно-сосудистая система																		
Врожденный порок сердца	<input checked="" type="checkbox"/>																	
Нарушение кровообращения	<input checked="" type="checkbox"/>																	
Высокое кровяное давление	<input checked="" type="checkbox"/>																	
Венозный тромбоз	<input checked="" type="checkbox"/>																	
Инфаркт	<input checked="" type="checkbox"/>																	
Инсульт	<input checked="" type="checkbox"/>																	
Аритмия	<input checked="" type="checkbox"/>																	
Стенокардия	<input checked="" type="checkbox"/>																	
Атеросклероз	<input checked="" type="checkbox"/>																	
Застойная сердечная недостаточность	<input checked="" type="checkbox"/>																	
Кардиомиопатия	<input checked="" type="checkbox"/>																	
Аневризма	<input checked="" type="checkbox"/>																	
Прочие																		

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 _____																				

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		
5. Желудочно-кишечный тракт																				
Врожденные дефекты желудочно-кишечного тракта	✓																			
Цирроз печени	✓																			
Рак печени	✓																			
Камни в желчном пузыре	✓																			
Грыжа	✓																			
Рак толстой кишки	✓																			
Рак поджелудочной железы	✓																			
Рак желудка	✓																			
Язвенный колит	✓																			
Синдром раздраженного кишечника	✓																			
Панкреатит	✓																			
Целиакия	✓																			
Болезнь Крона	✓																			
Прочее _____																				
6. Почки																				
Врожденные дефекты мочеполовой системы	✓																			
Камни в почках	✓																			
Рак мочевыводящих путей	✓																			
Поликистоз почек	✓																			
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
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 _____																				

✓ *АТМА*

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		<input checked="" type="checkbox"/>																		
Приступы паники или ярости		<input checked="" type="checkbox"/>																		
Шизофрения		<input checked="" type="checkbox"/>																		
Биполярное расстройство личности		<input checked="" type="checkbox"/>																		
Маниакально-депрессивный синдром		<input checked="" type="checkbox"/>																		
Прочее _____		<input type="checkbox"/>																		
11. Опорно-двигательный аппарат																				
Врожденные дефекты опорно-двигательного аппарата		<input checked="" type="checkbox"/>																		
Артрит		<input checked="" type="checkbox"/>																		
Косолапость		<input checked="" type="checkbox"/>																		
Деформация позвоночника		<input checked="" type="checkbox"/>																		
Карликовость		<input checked="" type="checkbox"/>																		
Подагра		<input checked="" type="checkbox"/>																		
Задержка роста		<input checked="" type="checkbox"/>																		
Мышечная дистрофия		<input checked="" type="checkbox"/>																		
Другие хронические мышечные заболевания		<input checked="" type="checkbox"/>																		
Заячья губа или волчья пасть		<input checked="" type="checkbox"/>																		
Остеопороз		<input checked="" type="checkbox"/>																		
Прочее _____		<input type="checkbox"/>																		

Заболевания	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры		Комментарий	
							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: