

**Poradnia Genetyczna - 1210**

**KARTA WYWIADU GENETYCZNEGO**

**Imię i Nazwisko:** .....

**PESEL**

Grupa krwi .....Rh / <sup>m</sup>/<sub>p</sub>..... Płeć: **K/M\*** tel:.....

Wykształcenie: ..... Zawód wykonywany: .....

**Kto kieruje do Poradni Genetycznej:** .....

**Przyczyny skierowania:** .....

**Pokrewieństwo z partnerką/partnerem\***                      nie                       tak                       stopień.....

**Choroba genetyczna w rodzinie:** .....

**Choroby przebyte:**

- zakaźne: ospa , różyczka  , świnka  , żółtaczka  , inne  jakie?.....

- inne przewlekłe (ew. nałogi): .....

- zabiegi operacyjne: .....

**Narażenie na czynniki szkodliwe:**

- fizyczne: .....

- chemiczne: .....

Leki hormonalne (anaboliki): .....

Badania rentgenowskie (jakie, kiedy, jak często): .....

**Wywiad rodzinny:**

**Matka:** imię: ..... wiek: ..... stan zdrowia: .....

Rodzeństwo matki:	płeć	stan zdrowia	ich dzieci	
			płeć	stan zdrowia
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

**Ojciec:** ..... wiek: ..... stan zdrowia: .....

Rodzeństwo ojca:	płeć	stan zdrowia	ich dzieci	
			płeć	stan zdrowia
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

**Poradnia Genetyczna - 1210**

Imię i Nazwisko: .....

PESEL

Rodzeństwo własne:	płeć	stan zdrowia	ich dzieci	
			płeć	stan zdrowia
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Choroby przewlekłe w rodzinie: .....

Uwagi:  
 .....  
 .....

**Cykl miesięczny (wypełnia tylko kobieta):**

- pierwsza miesiączka - wiek:.....
  - regularność cyklu: .....
  - co ile dni: .....
  - 
  - data ostatniej miesiączki .....
- długość trwania miesiączki: .....
  - bolesność (tak, nie): .....
  - czy miesiączki są obfite (tak, nie): .....

**Uwagi dodatkowe (wypełnia tylko kobieta):**

Dotychczasowe ciąży	pierwsza	druga	trzecia	czwarta	następne
- rok (data)	.....	.....	.....	.....	.....
- przebieg (praw./niepraw.)	.....	.....	.....	.....	.....
- poronienie (samoistne/sztuczne)	.....	.....	.....	.....	.....
- w którym mies. ciąży	.....	.....	.....	.....	.....
- poród (data)	.....	.....	.....	.....	.....
- przebieg porodu	.....	.....	.....	.....	.....
- płeć i stan zdrowia dziecka	.....	.....	.....	.....	.....

Uwagi: Przepuszczalne przyczyny nieprawidłowego przebiegu ciąży (porodu), poronienia – podać choroby w czasie ciąży, przyjmowane leki itp.  
 Czy u płodu (dziecka) stwierdzono wady rozwojowe (jakie?). Inne informacje:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Data .....

Podpis lekarza.....

\* (niepotrzebne skreślić)