



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

14 июля 2020 года № 405
г. Калининград

Об организации конфиденциального анкетирования девочек и девушек Калининградской области при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних.

В соответствии с разделом 8 приложения № 1 Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», руководствуясь подпунктом 6 пункта 15 Положения о Министерстве здравоохранения Калининградской области, утвержденного постановлением Правительства Калининградской области от 11 мая 2010 года № 311 «О Министерстве здравоохранения Калининградской области», в целях проведения конфиденциального анкетирования девочек и девушек для выявления групп риска нарушений репродуктивного здоровья,

п р и к а з ы в а ю:

1 Руководителям государственных медицинских организаций Калининградской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в части проведения профилактических осмотров несовершеннолетних:

1) организовать перед проведением профилактических осмотров несовершеннолетних, подлежащих осмотру врача акушера-гинеколога, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», анонимное конфиденциальное анкетирование с целью детального изучения анамнестических данных по форме согласно приложению;

2) обеспечить ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным, предоставление конфиденциальных анкет для девочек и девушек от 14 до 17 лет включительно в организационно-методический отдел Государственного автономного учреждения Калининградской области (далее – ГАУ КО) «Региональный перинатальный центр»;

2. Главному врачу ГАУ КО «Региональный перинатальный центр» О.А. Грицкевич обеспечить ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным, предоставление анализа конфиденциальных анкет для девочек и девушек от 14 до 17 лет включительно главному внештатному специалисту гинекологу детского и юношеского возраста Министерства здравоохранения Калининградской области.

3. Главному внештатному специалисту гинекологу детского и юношеского возраста Министерства здравоохранения Калининградской области ежемесячно, до 15 числа месяца, следующего за отчетным, обеспечить предоставление анализа конфиденциальных анкет для девочек и девушек от 14 до 17 лет в Министерство здравоохранения Калининградской области.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Калининградской области Н.Б. Берездовец.

Министр



А.Ю. Кравченко

ПРИЛОЖЕНИЕ
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от « 14 » 07 2020 г. № 405

Конфиденциальная анкета для девочек и девушек с целью выявления групп риска нарушений репродуктивного здоровья

Уважаемая пациентка нашего учреждения!


С целью уточнения состояния женского здоровья и как можно более раннего предотвращения возможного бесплодия в будущем, просим вас ответить на предлагаемые вопросы.

Информация, которую Вы предоставляете в этой анкете, является конфиденциальной и только при вашем письменном согласии будет доступна доверенным докторам и медицинским сестрам.

Обязательно ответьте на все вопросы, зачеркнув «да» или «нет».

Если Вам необходима помощь при заполнении, пожалуйста, обратитесь к медицинскому работнику.

1	Вы проживаете в городе (впишите город _____)	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
2	Вы проживаете в селе (впишите район и/или область проживания _____)	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
3	Вам 14 лет	да <input type="checkbox"/>	
4	Вам 15 лет	да <input type="checkbox"/>	
5	Вам 16 лет	да <input type="checkbox"/>	
6	Вам 17 лет	да <input type="checkbox"/>	
7	Вам 18 лет	да <input type="checkbox"/>	
8	Вам 19 лет	да <input type="checkbox"/>	
9	Вам 20 лет	да <input type="checkbox"/>	
10	Вам 21 год	да <input type="checkbox"/>	
11	Вам 22 года	да <input type="checkbox"/>	
12	Вам 23 года	да <input type="checkbox"/>	
13	Вам 24 года	да <input type="checkbox"/>	
14	Вам 25 лет	да <input type="checkbox"/>	
15	До этого года Вы когда-нибудь проходили профосмотр у гинеколога?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
16	Помните ли Вы об осмотре или лечении у гинеколога в дошкольном возрасте?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
17	Если Вам ≥ 14 лет, осматривались ли Вы гинекологом перед поступлением в школу?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
18	Если Вам ≥ 18 лет, осматривались ли Вы гинекологом в возрасте от 14 до 17 лет?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
19	Ваша первая менструация (месячные) началась в возрасте до 10 лет?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
20	Ваша первая менструация (месячные) началась в возрастной период от 10 до 15 лет?		
21	Ваша первая менструация (месячные) началась в возрасте старше 15 лет?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
22	Фиксируете ли Вы дни и особенности менструаций (месячных) на бумажном или электронном календаре (в телефоне, планшете, компьютере)?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
23	За последние 12 месяцев менструации повторяются, как правило, через равные промежутки времени (± 9 дней)?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
24	За последние 12 месяцев менструации повторяются, как правило, чаще, чем через 21 день?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
25	За последние 12 месяцев менструации задерживаются, как правило, на 20 и более дней?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
26	За последние 12 месяцев всего было не более 4 менструаций?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
27	За последние 12 месяцев менструаций не было?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
28	Если менструации есть, то они продолжаются в общей сложности до 8 дней?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
29	Если менструации есть, то они продолжаются в общей сложности более 8 дней?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
30	Считаете ли Вы свои менструации очень обильными?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
31	Бывают ли у Вас кровяные выделения вне менструальных дней?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
32	За последние 12 месяцев Вы не можете указать ритм менструаций из-за частых ациклических кровяных выделений?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
33	Вы используете в дни кровяных выделений только прокладки?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
34	Вы предпочитаете пользоваться в дни менструаций влажными тампонами?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
35	Вы используете от 4 до 6 прокладок и/или влажных тампонов «мини» (●●), или прокладки «ежедневки» в любой день менструации?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
36	Вы используете от 4 до 6 прокладок и/или влажных тампонов «нормал»/«регуляр» (●●●) за один обильный день менструации?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>

37	Вы используете более 6 супер впитывающих прокладок и/или влагалищных тампонов (●●●●●) - (●●●●●●●) за один обильный день менструации?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
38	Испытываете ли Вы интенсивную боль внизу живота во время менструации?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
39	Отметьте максимальную выраженность боли во время менструации галочкой на рисунке		
40	Испытываете ли Вы боль внизу живота вне менструаций?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
41	Вы обязательно принимаете обезболивающие таблетки во время менструации?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
42	После приема таблеток боль исчезает через 30 минут и не возобновляется?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
43	Таблетки мало помогают от боли внизу живота в дни менструации	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
44	Испытываете ли Вы общую слабость, снижение работоспособности, головокружение после менструации?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
45	Вас саму волнуют проблемы с Вашими менструациями?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
46	Обращались ли Вы к родственникам с возникшей проблемой с менструациями?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
47	Обращались ли Вы к врачу по поводу проблем с менструациями?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
48	Считаете ли Вы, что ваши молочные железы (грудь) развиты правильно, недоразвиты, очень большие, имеют Выраженную асимметрию – нужное подчеркнуть?		
49	Есть ли у вас заметные уплотнения в молочных железах?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
50	Бывают ли у вас боли в молочных железах, не связанные с менструациями?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
51	Беспокоят ли вас бели (обильные не кровяные выделения) из половых органов, в том числе с неприятным запахом?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
52	Беспокоят ли вас покраснение, зуд, высыпания или язвочки на наружных половых органах?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
53	Есть ли у Вас папилломы или бородавки на наружных половых органах?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
54	Вы подмываетесь 2-3 раза в неделю?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
55	Вы подмываетесь 1 раза в день?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
56	Вы подмываетесь как минимум 2 раза в день (утром и перед сном)?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
57	Вы подмываетесь дополнительно после дефекации (опорожнения кишечника)?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
58	Ваш индекс массы тела менее 18 (рассчитайте по формуле вес в кг/рост в м ² , например: 45 кг / 1,65м*1,65м=16,5)	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
59	Ваш индекс массы тела более 30 (рассчитайте по формуле вес в кг/рост в м ² , например: 82 кг / 1,65м*1,65м=30,1)	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
60	Были ли у Вас операции на яичнике?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
61	Были ли у Вас операции по поводу аппендицита ?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
62	Были ли у Вас операции по поводу порока развития половых органов?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
63	Были ли у Вас другие операции в брюшной полости?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
64	Вы сделали прививку от ВПЧ и рака шейки матки?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
65	Вы отрицательно относитесь к любым прививкам?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
66	Были ли у Вас когда-нибудь половые контакты (секс)?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
Если Вы отрицательно ответили на вопрос 66, то на последующие вопросы Вы не отвечаете!			
67	Ваш возраст при первом половом контакте был до 16 лет?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
68	Ваш возраст при первом половом контакте был от 16 до 18 лет?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
69	Есть ли у Вас половой партнер и половая жизнь в настоящее время?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
70	Предохраняетесь ли Вы от беременности при половых контактах?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
71	Если предохраняетесь, то используете чаще всего прерванный половой акт?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
72	Если предохраняетесь, то используете чаще всего презерватив?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
73	Если предохраняетесь, то Вы постоянно используете гормональные контрацептивы (таблетки, пластырь, влагалищное кольцо – нужное подчеркнуть)?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
74	Приходилось ли Вам использовать после «незащищенного» полового акта гормональные таблетки для аварийной контрацепции?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
75	Обращались ли Вы к гинекологу после начала половой жизни?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
76	Когда-либо у Вас обнаруживались инфекции, передаваемые половым путем (гонорея, сифилис, трихомонады, хламидии, ВИЧ вирусы гепатитов, папилломы - подчеркнуть)?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
77	Были ли у Вас аборт?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
78	Были ли у Вас роды?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>

Если Вы положительно ответили на большинство вопросов, то рекомендуем Вам обязательно обсудить имеющиеся проблемы с гинекологом детского и юношеского возраста.

дата заполнения ____ . ____ . ____ г.