

Социална изолираност	
Финансова нестабилност	
Ментално здраве	
Инвалидност	
Зависимости	
Насилие	
Други	

ЛЕКО РАЖДАНЕ

ВЪПРОСНИК

Моята бременността е уникална и за това заслужавам особено внимание

Bulgare

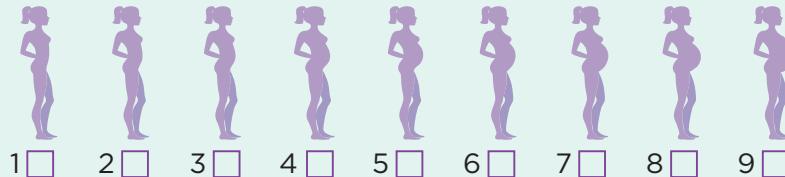


- ▶ Този въпросник има за цел да Ви съпроводи по-добре по време на Вашата бременност и да Ви подготви за раждането на бебето.
- ▶ Моля да отговорите на следните въпроси.
- ▶ Няма правилни или грешни отговори.

Този документ е съставна част от медицинското ви досие и е подложен на лекарската тайна, той трябва да бъде предаден на медицинското лице, което следи бременността ви.

Фамилия
Име
Рождена дата

Дата

В кой месец сте бременна? (отбележете в квадратчето)**1 Има ли човек, във Вашето обкръжение, на когото да разчитате ?**да не **2 По време на бременността си, имали ли сте продължителни психически затруднения ?**да не **3 През последния месец, чувствали ли сте се :**

► тъжна, депресирана или отчаяна ?

да не

► извършвате ли ежедневните си дейности без желание или без удоволствие?

да не **4 Има ли периоди в месеца, когато изпитвате финансови затруднения да посрещате нуждите си (храна, жилище, сметки...), да се лекувате и /или да извършите административна процедура?**никога понякога често **5 Искате ли да ни информирате за видим, невидим или временен недъг, за хронична болест или болест, водеща до инвалидност?****6****Употребявате ли или употребявали ли сте многократно от началото на бременността си ?**

► следните вещества ?

тютюн	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
канабис	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
алкохол	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
кокаин	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
хероин	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>

други :

► лекарства ?

обезболяващи	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
успокоителни	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
сънотворни	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
антидепресанти	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
за алко/наркозависимост	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>

други :

7 През живота си, в това число и по време на детството Ви, били ли сте жертва на словестно, на физическо, на сексуално, на психологическо насилие (тормоз, унижения, заплахи, контрол...) или на икономическо издевателство (лишаване от лични документи или от пари...) ... ?

никога понякога често **8****Чувствате ли се в безопасност с партньора си ?**винаги не винаги рядко нямам партньор **9****Имате ли притеснения или затруднения, за които искате да говорите ?**