**Уважаемые клиенты! С 1 июля 2019 открыта ограниченная запись на первичную консультацию врача-гематолога Сафиуллиной С.И**

**Предварительно необходимо заполнить анкету и выслать на электронную почту** [**ssi003@mail.ru**](mailto:ssi003@mail.ru)**. В течение 1 месяца Ваша анкета будет рассмотрена и при положительном решении будет предложена запись на прием к Сафиуллиной С.И**

**АНКЕТА**

**1. ФИО**

**2. Контактный телефон**

**3. Возраст**

**4. Беременность в настоящее время (если да, то указать срок)**

**5.Потери беременности ранее:**  
- до 10 недель (указать количество)   
- от 10 до 22 недель (указать количество) - от 22 до 36 недель (указать количество)   
**6. В предыдущие беременности:**  
- преэклампсия  - - хроническая фетоплацентарная недостаточность - - преждевременные роды  - - антенатальная гибель плода  - - другие осложнения (указать какие) - отечность, повышенное содержание эритроцитов

**7. Тромбозы ранее:**  
- во время беременности  - после родов - на фоне приёма контрацептивов  
**8. Бесплодие неясного генеза (указать в течение скольких лет)**

**9. Неудачные протоколы ЭКО (указать сколько)**

**10. В настоящее время приём препаратов, влияющих на систему гемостаза (указать какие и кем назначено)**