

Sada otázek a odpovědí pro komunikaci s cizincem:

Gynekologie a porodnictví

*A set of questions and answers for communicating with a foreigner:*

*Gynecology & Obstetrics*

*E set of kvesčns end ánsrs fór komjunikeyting vis e forinr:*

*Gájnekolodži & obsttriiks*

### Základní informace

Basic Information

*Bejzik informejšn*

1.	Dobrý den, jmenuji se ..., jsem lékař / zdravotní sestra.	
	Hello, my name is ..., I'm a doctor / nurse.	
	<i>Helou, maj nejm iz ..., aj em e dokrt/nrrz.</i>	
2.	Můžete nám dát kontakt na někoho, kdo je schopen tlumočit po telefonu?	Ano / Ne
	Can you give us the name of a contact person who might be able to translate over the phone?	Yes / No
	<i>Ken jũ giv as d nejm ov a kontekt persn hũ majt bí ejbl to translejt ouvr d foun?</i>	<i>Jes / Nou</i>
3.	Napište mi prosím Vaše jméno a datum narození.	
	Please write out your name and date of birth.	
	<i>Plíz wrajt aut jór nejm end dejt ov brts.</i>	
4.	Máte nějaký doklad totožnosti?	Ano / Ne
	Máte zdravotní pojištění?	
	Máte doklad o zdravotním pojištění?	
	Do you have any identification documents with you?	Yes / No
	Do you have health insurance?	
	Do you have proof of health insurance?	
	<i>Dũ jũ hef eny ajdentyfikejšn dokjumentz vit jũ?</i>	<i>Jes / Nou</i>
	<i>Dũ jũ hef helt inšurenc?</i>	
	<i>Dũ jũ hef průf ov helt inšurance?</i>	

5.	Napište prosím Vaši adresu. Uveďte prosím kontakt na Vaše blízké, kteří se o Vás mohou postarat.	
	Please write down your address. Please provide us with contact information on someone who can take care of you.	
	<i>Plíz rajt dáun jór édres. plíz provájd as vit kontekt informejšn on samuan hũ ken tejk kér ov jũ.</i>	
6.	Jste v České republice registrována u praktického lékaře? Napište mi prosím jeho jméno a kontaktní údaje.	Ano / Ne
	Are you registered with a general practitioner or family doctor in the Czech Republic?	Yes / No
	<i>Please write down their name and contact details.</i>	<i>Jes / Nou</i>
7.	Byla jste už v České republice vyšetřena u nějakého lékaře? Napište mi prosím jeho jméno a kontaktní údaje.	Ano / Ne
	Have you recently been examined by any doctor in the Czech Republic?	Yes / No
	<i>Please write down their name and contact details.</i>	<i>Jes / Nou</i>
8.	S jakými obtížemi přicházíte? Co Vás trápí?	
	What is your problem that brought you here? What is it that you are concerned about?	
	<i>Vot is d problm det brót jũ hýr? vot iz it det jũ ár koncrnd ebáut.</i>	
9.	Jak dlouho Vaše obtíže trvají (den, týden, měsíc, rok)?	
	How long have you had this problem (day, week, month, year)?	
	<i>Hau lonk hev jũ (jór čájld) hed dis problm (dej, vík, mant, jír)?</i>	

## Osobní anamnéza a nynější onemocnění

Personal History and Present Illnesses

*Personl histry end preznt ilnesiz*

	Léčíte se či jste sledována v souvislosti s nějakým chronickým onemocněním (vysoký krevní tlak, cukrovka, onemocnění srdce, cév, plic, trávicího systému, nervového systému, močopohlavního systému, onemocnění štítné žlázy, jater, ledvin, poruchy srážlivosti krve, tromboembolické onemocnění, psychické onemocnění či jiné onemocnění)?	Ano / Ne
10.	Are you being treated or monitored in relation to any chronic illness or condition (high blood pressure, diabetes, heart disease, blood vessels, lungs, digestive system, nervous system, genitourinary system, diseases of the thyroid, liver, kidneys, blood clotting or blood flow (thromboembolic) condition, mental illness or other illness)?	Yes / No
	<i>Ár jũ bíjink trítid or monitrd in rilejšn tu eny tajp of kránik ilnes or kondišn (há) blad prešr, dájebídis, hárt dizís, blad veslz, langz, dajdžestiv system, nervs system, džnitojurinary sysem, dizízis of d tájrojd, livr, kidnýz, blad kloting or blad flou (tromboembolik) kondišn, mentl ilnes or adr ilnes)?</i>	<i>Jes / Nou</i>
	Léčíte se či léčila jste se v souvislosti s nádorovým onemocněním? Jste stále léčena či sledována (kde, kým, kdy proběhla poslední kontrola a s jakým výsledkem)?	Ano / Ne
11.	Are you being - or have you ever been - treated in relation to tumor? Are you still being treated and / or monitored (where, by whom, when was your last check up and what was the result)?	Yes / No
	<i>Ár jũ bíjink - or hev jũ evr bin - trítid in rilejšn tu túmr?</i> <i>Ár jũ stil bíjink trítid end/or monitrd (ver, báj hũm, ven voz jór lást ček ap end vot voz d rizlt)?</i>	<i>Jes / Nou</i>
	Jaká jste prodělala onemocnění?	
12.	What other illnesses and medical problems have you ever had? <i>Vot adr ilnesiz end medikl problemz hev jũ evr hed?</i>	
	Byla či jste léčena či sledována v souvislosti s vrozenou vývojovou vadou?	Ano / Ne
13.	Have you or are you being treated or monitored in connection with any congenital health condition or physical defect?	Yes / No

	<i>Hev jũ or ár jũ bíjink trítid in konekšn vit eny kondženitl helt kondišn or fyzikl difekt?</i>	<i>Jes / Nou</i>
14.	<b>Prodělala jste nějaké operace?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	<b>Pokud ano, kdy, kde, z jakého důvodu, byly nějaké komplikace?</b>	
	Have you ever had a surgery? If yes, what was the surgery for? When did you have the surgery? Where? And, were there any complications in relation to the surgery?	Yes / No
	<i>Hev jũ or evr hed e srdžery?</i> <i>Iv jes, vot voz d srdžery for? Ved did jũ hev d srdžery? Vér?</i> <i>End vere der eny komplikejšns in rilejšn tũ d srdžery?</i>	<i>Jes / Nou</i>
15.	<b>Prodělala jste nějaké závažnější úrazy (úrazy hlavy s bezvědomím, zlomeniny či jiné)?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Have you ever had a serious injury (head trauma with loss of consciousness, broken bone, bone fracture, etc.)?	Yes / No
	<i>Hev jũ evr hed e sírijs indžry (hed tróma vit los ov končsnes, brouken boun, boun frakčr)?</i>	<i>Jes / Nou</i>
16.	<b>Víte, kolik vážíte? Víte, kolik měříte? Pozorujete v poslední době výraznější změny tělesné váhy (hubnutí, tloustnutí)?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Do you know how much you weigh? How tall are you? Have you recently experienced any significant weight gain or weight loss?	Yes / No
	<i>Dũ jũ nou hau mač jũ vej? Hau tól ár jũ? hev jũ rísntly ikspírijenct eny signifiknt vejť gejn or vejť los?</i>	<i>Jes / Nou</i>
17.	<b>Máte chuť k jídlu?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Do you have a good appetite?	Yes / No
	<i>Dũ jũ hev e gut apetajt?</i>	<i>Jes / Nou</i>
18.	<b>Trpíte nechutenstvím?</b>	
	Have you ever been (or are you currently) anorexic? <i>hev jũ evr bin (or ár jũ krently) anoreksik?</i>	
19.	<b>Máte často nutkání na zvracení?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Do you often or regularly have an urge to vomit or throw-up?	Yes / No
	<i>Dũ jũ ofn or regjlrly hev en errdž to vámit or trouap?</i>	<i>Jes / Nou</i>
20.	<b>Jak často zvracíte? Pozoroval/a jste krev ve zvratkách?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	If you regularly vomit or throw up, how often? Have you ever observed any	Yes / No

	blood or other substance (bile) in your vomit?	
	<i>If jũ regjũrlrly vámit or trouap, hau ofn? Hev jũ evr obsrvd eny blad or adr substenc (bájl) in jór vámit?</i>	<i>Jes / Nou</i>
21.	<b>Máte nějaká dietní opatření? Z jakého důvodu?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Do you have any dietary restrictions? Why is that?	Yes / No
	<i>Dũ jũ hev eny dájtery ristrikšns? Váj iz det?</i>	<i>Jes / Nou</i>
22.	<b>Kdy jste naposledy jedla a pila?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	When did you last eat and/or have something to drink?	Yes / No
	<i>Ven did jũ lást ít end/or hev samtink tu drink?</i>	<i>Jes / Nou</i>
23.	<b>Máte obtíže s vyprazdňováním (zácpa, průjem)?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Do you have trouble going to the toilet (constipation, diarrhea)?	Yes / No
	<i>Dũ jũ hev trabl goink tũ d tojlet (konstypejšn, dájrija)?</i>	<i>Jes / Nou</i>
24.	<b>Jak často máte stolici? Kdy jste byla naposledy na stolici?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Roughly, how often do you go to the toilet during a day/night? When was the last time?	Yes / No
	<i>Raflý, hau ofn dũ jũ gou tũ d tojlet djurink e dej/najt? Ven voz d lást tájm?</i>	<i>Jes / Nou</i>
25.	<b>Pozorujete krev či hlen ve stolici?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Have you observed blood or mucus in your stool?	Yes / No
	<i>Hev jũ obsrvd blad or mjũkus in jór stũl?</i>	<i>Jes / Nou</i>
26.	<b>Pozorujete v poslední době nějaké změny stolice (změna barvy, řídká stolice, tuhá stolice, nestrávené kousky potravy, střídání zácpy a průjmu)?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Have you observed any recent changes in the composition of your stool (change in color, loose feces, hard feces, undigested pieces of food, alternating constipation and diarrhea)?	Yes / No
	<i>Hev jũ obsrvd eny rístent čejndžis in d kompozišn ov jór (jór čájlds) stũl (čendž in kalr, lũs físis, hárd físis, andajžested písís ov fũd, olternejting konstypejšn end dajrija)?</i>	<i>Jes / Nou</i>
27.	<b>Odchází Vám větry?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Do you ever (or more frequently) pass gas?	Yes / No
	<i>Dũ jũ evr (or mór fríkvently) pás gés?</i>	<i>Jes / Nou</i>
28.	<b>Máte obtíže s močením (pálení či řezání při močení, obtížné vyprazdňování, bolest při vyprazdňování, časté nutkání k močení)?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Do you have any problems with urination (a sharp or burning feeling, difficulty	Yes / No

	emptying your bladder, any type of pain during urination, a frequent urge to urinate)?	
	<i>Dů jů hev eny problemz vit jurinejšn(e šárp or brnink fílink, difíklty emtyjink jór blédr, eny tajp ov pejn djurink jurinejšn, e frýkvent erdž tu jurinejt)?</i>	<i>Jes / Nou</i>
29.	<b>Kdy jste naposledy močila?</b>	
	<i>When did you last urinate?</i>	
	<i>Ven did jů lást jurinejt?</i>	
30.	<b>Pozorujete krev v moči?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Do you ever observe blood in your urine?	Yes / No
	<i>Dů jů evr obzrv blad in jór jurin?</i>	<i>Jes / Nou</i>
31.	<b>Máte problémy s udržení moči nebo stolice?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Do you have any problems with urinary or stool incontinence?	Yes / No
	<i>Dů jů hev eny problmz vit jurinery or stůl inkontinenc?</i>	<i>Jes / Nou</i>
32.	<b>Užíváte inkontinenční pomůcky (pleny, vložky)?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Are you using any incontinence products (diapers, pads)?	Yes / No
	<i>Ár jů jůzik eny inkontinenc prádakts (dajprs, pédz)?</i>	<i>Jes / Nou</i>
33.	<b>Máte obtíže s rovnováhou?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Do you have any problems with your sense of balance?	Yes / No
	<i>Dů jů hev eny problmz vit jór sens ov bélenc?</i>	<i>Jes / Nou</i>
34.	<b>Máte pocit tahu (doleva, doprava, dopředu, dozadu)?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Do you feel or experience any type of strain or tension when moving (left, right, forward, backward)?	Yes / No
	<i>Dů jů fíl or ikspírijenc eny tajp ov strejn or tenšn ven můvink (left, rajt, forvrd, bekvrd)?</i>	<i>Jes / Nou</i>
35.	<b>Máte problémy se spánkem? Pokud ano, jaké?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Do you ever have any serious problem sleeping?	Yes / No
	<i>Dů jů evr hev eny sírijs problems slípink?</i>	<i>Jes / Nou</i>
36.	<b>Kolik hodin denně spíte?</b>	
	Roughly how many hours a day do you normally sleep?	
	<i>Rafly hau meny aurz e dej dů jů normly slíp?</i>	
37.	<b>Používáte kompenzační pomůcky (brýle na dálku, brýle na blízko, hůl, invalidní vozík, naslouchátko, ortéza)?</b>	<b>Ano / Ne</b>

	Do you use any physical aids (eyeglasses – farsighted, near-sighted, cane, wheelchair, hearing aid or an orthotic device)?	Yes / No
	<i>Dũ jũ jũz eny sírijs fyzikl ejds (ájglásiz - fársajted, nýrsajted, kejn, vílčér, hérink ejd or en ortojik divajs)?</i>	<i>Jes / Nou</i>
38.	<b>Potřebujete pomoci s oblékáním, jídlem, osobní hygienou, použitím WC?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Do you ever need help getting dressed or with eating, personal hygiene or using the toilet?	Yes / No
	<i>Dũ jũ evr nýd help getink drest or vit ítink, personl hajdžín or jũzink d tojlet?</i>	<i>Jes / Nou</i>
39.	<b>Potřebujete pomoci s přesunem na lůžko (židli)?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Do you ever need help with moving to the bed (chair)?	Yes / No
	<i>Dũ jũ evr nýd help vit můvink tũ d bed (čér)?</i>	<i>Jes / Nou</i>
40.	<b>Kolik metrů po rovině ujdete? Potřebujete doprovod při chůzi?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	How many meters can you walk in a straight line? Do you ever need to have someone with you to help you when you are walking?	Yes / No
	<i>Hau meny mítrs ken jũ vólk in e strejt lájn?</i>	<i>Jes / Nou</i>
	<i>Dũ jũ evr níd tu hev samuan vit jũ tu help jũ ven jũ ár volkink?</i>	
41.	<b>Máte obtíže s orientací v prostoru?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Do you have any difficulty with your spacial orientation?	Yes / No
	<i>Dũ jũ hev eny difíklty vit jór spelšl orijentejšn?</i>	<i>Jes / Nou</i>
42.	<b>Pozorujete zvýšenou tělesnou teplotu? Jak dlouho?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Do you ever observe any increased body temperature? For how long?	Yes / No
	<i>Dũ jũ evr obsérv eny inkrist bády tempřitšr?</i>	<i>Jes / Nou</i>
43.	<b>Pozorujete výtok (oči, uši, nos, ústa, vagína, konečník, prsní bradavka)? Jak dlouho?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Do you ever observe any unintended or unexpected release of bodily fluids (eyes, ears, nose, mouth, vagina, rectum, breast nipple)?	Yes / No
	<i>Dũ jũ evr obsérv eny anintendit or anekspektid rilís ov bádili fluids (ájz, írz, nouz, maut, vdžajna, rektm, brest nipl)?</i>	<i>Jes / Nou</i>
44.	<b>Máte obtíže s dýcháním? Jak dlouho?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Do you have difficulty breathing? How often?	Yes / No
	<i>Dũ jũ hev difíklty bríthink?</i>	<i>Jes / Nou</i>
45.	<b>Došlo v posledních dnech (hodinách) ke zhoršení?</b>	<b>Ano / Ne</b>



	Has this gotten any worse recently (last days or hours)?	Yes / No
	<i>Hez dis gatn eny vors rísently (lást dejs or aurs)?</i>	<i>Jes / Nou</i>
	<b>Máte pocit dušnosti? Jen při námaze? I v klidu?</b>	<b>Ano / Ne</b>
46.	Do you ever experience a shortness of breath? If yes, Is this only after having been doing some exercising? Do you also experience it when resting?	Yes / No
	<i>Dů jů evr ikspírijenc e šortnes ov bret? Iv jes, iz dis only áftr hevink bin důink sam iksrsájzink? Dů jů olso ikspírijenc it ven restink?</i>	<i>Jes / Nou</i>
	<b>Máte kašel? Jak dlouho kašlete (dny, týdny, měsíce)?</b>	<b>Ano / Ne</b>
47.	Do you have a chronic cough? If yes, how long have you had this cough condition (days, weeks, months)?	Yes / No
	<i>Dů jů hev krányk kóf? Iv jes, hau lonk hev jů (hez jór čájld) hed dis kóf kondišn (dejs, víks, mants)?</i>	<i>Jes / Nou</i>
	<b>Vykašláváte něco (řidké sputum, vazké sputum, bílé sputum, žluté sputum, krev)?</b>	<b>Ano / Ne</b>
48.	Do you ever cough up anything (thin sputum, viscous sputum, white sputum, yellow sputum, blood)?	Yes / No
	<i>Dů jů evr kóf ap enytink (tin spjůtm, visks spjůtm, vajt spjůtm, jelou spjůtm, blad)?</i>	<i>Jes / Nou</i>
	<b>Víte jaký je den/měsíc/roční období/rok? Víte, kde jste?</b>	<b>Ano / Ne</b>
49.	Do you know what day / month / season / year it is? Do you know where you are now (city, country)?	Yes / No
	<i>Dů jů nou vot dej / mant / sízn / jír it iz? Dů jů nou ver jů ár rajt náu (sity, kántry)?</i>	<i>Jes / Nou</i>
	<b>Víte, jaký míváte krevní tlak (v normě, vysoký, nízký)?</b>	<b>Ano / Ne</b>
50.	Do you know what your normal blood pressure condition is (normal, high, low)?	Yes / No
	<i>Dů jů nou vot is jór norml blad přešr kondišn is (norml, háj, lou)?</i>	<i>Jes / Nou</i>
	<b>Jakou jste měl poslední hodnotu krevního tlaku?</b>	
51.	What was the most recent reading of your blood pressure level?	
	<i>Vot voz d moust rísent rídink ov jór blad přešr lev?</i>	



## Rodinná anamnéza

Family Medical History

*Family medical history*

52.	Vyskytlo se u Vašich blízkých nějaké závažné onemocnění (nádorové onemocnění, kardiovaskulární onemocnění – infarkt atd., cerebrovaskulární onemocnění – mrtvice atd., metabolické onemocnění – cukrovka atd., psychické onemocnění – deprese, psychóza (schizofrenie, bipolární porucha) atd., gynekologické onemocnění)?	Ano / Ne
	Have there been any serious illnesses amongst your close relatives (cancer; any cardiovascular disease or heart attack; any cerebrovascular disease or stroke; some type of metabolic illness, such as diabetes; any mental illnesses such as depression or psychosis; or, any gynecological illnesses)?	Yes / No
	<i>Hev der bin eny sirijs ilnesis emongst jor klous relativs (kencr; eny kardiovaskjullr dizis or hart etek; eny serebrovaskjullr dizis or strouk; sam tajp ov metabolik ilnes, sac es dajbitis; eny mentl ilnes sac es deprešn or sajkozis; or eny gajnekoladziki ilnesis)?</i>	Jes / Nou

## Alergická anamnéza

Allergy History

*Alerdži history*

53.	Jste na něco alergická (léky, kontrastní látky, dezinfekční prostředky, náplasti, zvířata, peří, bodnutí hmyzem, prach, pyl, potraviny či jiné látky)?	Ano / Ne
	Do you know if you are allergic to anything (prescription drugs, contrast agents used for body imaging, disinfectants, bandages, animals, feathers, insect bites, dust, pollen, foods or other substances)?	Yes / No
	<i>Du ju nou iv ju ar alerdžik tu enytink (prskripšn dragz, kontrást ejdžents juzd for bady imidžink, dizinfektants, bendidžis, enimls, fedrs, insekt bajts, dast, poulen, fuds or adr sabstenciz)?</i>	Jes / Nou

Jak Vaše alergická reakce vypadá (vyrážka, svědění kůže, svědění očí, slzení očí, svědění v krku, svědění v nose, otok, dechové obtíže, rýma, kýchání, kašel, mdloby, bolesti břicha, průjem, zvracení)?

How does your allergic reaction manifest itself (rash, itchy skin, itchy eyes, watery eyes, itchy throat, itchy nose, swelling, difficulty breathing, runny nose, sneezing, cough, dizziness, abdominal pain, diarrhea, vomiting, etc.)?

*Hau daz d alerdžik rijekšn manifest itself (réš, iči skin, iči ájs, votery ájs, iči trout, iči nouz, suelink, difiklty brítink, rany nouz, snýzink, kóf, dizines, ebdominl pejn, dájria, vámitink, etc?)*

### Farmakologická anamnéza

Pharmacological history

*Farmalodžikl histry*

55.	Užíváte nějaké léky předepsané lékařem?	Ano / Ne
	Are you currently taking any medications, which have been prescribed by a doctor?	Yes / No
	<i>Ár jũ krently tejkink eny medikejšns, vič hev bin prskrájbt báj e dokrt?</i>	<i>Jes / Nou</i>
56.	Napište mi prosím jejich název, lékovou formu (tzn., zda se jedná o kapky, kapsle, tablety) a jak je užíváte (kolikrát denně, kolikrát týdně).	
	Please write down their name, their dosage form (drops, capsules, tablets) and how often you are supposed to take them (how many times a day or times a week)?	
	<i>Plíz vrajt dáun dejt nejms, dejt douzič form (drops, kepsjuls, téblets) end hau ofn jũ ár supoust tu tejk dem (hau meny tájms e dej or tájms e vík)?</i>	
57.	Užíváte nějaké další léky?	Ano / Ne
	Have you ever taken any other medications?	Yes / No
	<i>Hev jũ evr tejk eny adr medikejšns?</i>	<i>Jes / Nou</i>
58.	Užíváte léky na ředění krve?	Ano / Ne
	Are you taking any blood thinning medication?	Yes / No
	<i>Ár jũ tejkink eny blad tinink medikejšn?</i>	<i>Jes / Nou</i>

59.	Užíváte tento lék trvale?	Ano / Ne
	Are you taking this medication on an ongoing basis and indefinitely?	Yes / No
	Ár jũ tejkink dis medikejšn on en ongouink bejsis end indefinitely?	Jes / Nou
60.	Užíváte tento lék pouze při obtížích?	Ano / Ne
	Do you take this medicine only in the case of some type of difficulty?	Yes / No
	Dũ jũ tejk dis medikejšn only in d kejs ov sam tajp ov difiklty?	Jes / Nou
61.	Kdy naposledy jste tento lék užila ?	
	Do you take this medicine only in the case of some type of difficulty?	
	Dũ jũ tejk dis medikejšn only in d kejs ov sam tajp ov difiklty?	
62.	Máte nějaké léky u sebe ?	Ano / Ne
	Do you have any prescription drugs with you?	Yes / No
	Dũ jũ hev eny prskripšn dragz vit jũ?	Jes / Nou
63.	Změnila jste v nedávné době u nějakého léku dávkování?	Ano / Ne
	Have you recently changed any dosage of any drug?	Yes / No
	Hev jũ rísently čendžd eny douzič ov eny drag?	Jes / Nou
64.	Vysadil jste v poslední době nějaký lék?	Ano / Ne
	Have you recently stopped taking any prescribed drugs?	Yes / No
	Hev jũ rísently stapd tejkink eny prskrájbt dragz?	Jes / Nou
65.	Provedl jste změnu v užívání léku sám? Na radu lékaře?	Ano / Ne
	Did you make any changes in your use of any prescription by yourself? Or, on the advice of a doctor?	Yes / No
	Did jũ mejk eny čendžis in jór jũz ov eny prskripšn báj jórself? Or on dý edvájs ov e doktr?	Jes / Nou

## Epidemiologická anamnéza

Disease (epidemiological) History

*Dyzís (epidemiolodžikl) history*

66.	<b>Jaké infekční onemocnění jste prodělal/a?</b>	
	Do you know if you have ever had an infectious disease or condition? no If yes, what was the disease or condition?	
	<i>Dů jů nou iv jů hev evr hed en infekšs dizís or kondišn? Iv jes, vot voz d dizís kondišn?</i>	
67.	<b>Trpíte v současnosti nějakým infekčním onemocněním?</b>	Ano / Ne
	Do you currently suffer from any type of infectious disease or condition?	Yes / No
	<i>Dů jů krently safr from eny tajp ov infekšs dizís or kondišn?</i>	Jes / Nou
68.	<b>Jste někde léčena (sledována)? Kde?</b>	Ano / Ne
	Are you being treated (monitored) somewhere for this disease or condition? If yes, where?	Yes / No
	<i>Ár jů bėjink trítid (monitrd) samver for dis dizís or kondišn?</i>	Jes / Nou
69.	<b>Přišel/ přišla jste v poslední době do styku s osobou, u které se vyskytlo či vyskytuje nakažlivé onemocnění (žloutenka, tuberkulóza, průjemové onemocnění, pohlavní onemocnění)? Kde?</b>	Ano / Ne
	Have you recently come into contact with a person whom you know to have been suffering from an infectious disease or condition (hepatitis, tuberculosis, diarrhea-type illnesses, a venereal disease)?	Yes / No
	<i>Hev jů rísently kam intu kontekt vit e persn hům jů nou tu hev bin safrink from en infekšs dizís or kondišn (heptajtis, tubekjulouzis, dájrija-tajp ilnesm e vinírij, dizís)?</i>	Jes / Nou
70.	<b>Měla jste v poslední době přisáté klíště?</b>	Ano / Ne
	Did you recently get bitten by a tick?	Yes / No
	<i>Did jů rísently get bitn báj e tyk?</i>	Jes / Nou
71.	<b>Cestoval/a jste v poslední době do rozvojových zemí? Kam?</b>	Ano / Ne
	Have you recently traveled to any developing countries? If yes, where was that?	Yes / No
	<i>Hev jů rísently trevlt tu eny developink kántís? Iv jes, ver voz det?</i>	Jes / Nou
72.	<b>Jste chovatelem zvířat (ptáci, kočky, psi atd.)?</b>	Ano / Ne

	Do you keep any animals or pets (birds, cats, dogs, etc.)?	Yes / No
	<i>Dů jů kíp enimals or pets (brds, kets, dogz)?</i>	<i>Jes / Nou</i>
73.	<b>Proti jakým onemocněním jste byla očkována? Máte očkovací průkaz?</b>	
	What is your vaccination history? For which diseases have you been vaccinated? Do you have any vaccination certificates?	
	<i>Vot iz jór veksinejšn histry? for vič dizízis hev jů bin veksinejtid? Dů jů hev eny veksinejšn srtifikets?</i>	

### Užívání návykových látek (abúzus)

Use of Addictive Substances (abuse)

*Jūs ov editkiv substenciz (ebjūs)*

	<b>Kouříte? Kolik let kouříte? Kolik cigaret za den vykouříte?</b>	Ano / Ne
	<b>Jak dlouho nekouříte?</b>	
74.	Do you now (or did you ever) smoke? If yes, how many years did you (or have you been) smoking? How many cigarettes a day do you (did you) smoke? How long has it been since you quit smoking?	Yes / No
	<i>Dů jů náu (or did jů evr) smouk? iv jes, hau meny jírz hev jů (or hev jů bin) smoukink? hau meny sigrets e dej dů jů (did jů) smouk? hau lonk hez it bin sinc jův kvit?</i>	<i>Jes / Nou</i>
75.	<b>Pijete alkohol příležitostně nebo pravidelně? Jaký druh nejčastěji? Kolik piv/vína denně/týdně vypijete? Jaké množství destilátu denně/týdně vypijete?</b>	
	Do you drink alcohol occasionally or regularly? What kind of alcoholic beverage do you drink most often? How much beer/wine do you regularly drink in a day or a week? And, how much alcohol like vodka or whiskey do you regularly drink in a day or a week?	
	<i>Dů jů drink alkohol okejžnly or regjůrlly? Vot kájnd ov alkoholik bevrídž dů jů drink moust ofn? Hau mač býr/vájñ dů jů regjůrlly drink in e dej or a vík? End, hau mač alkohol lajk vodka or visky dů jů regjůrlly drink in e dej or a vík.</i>	
76.	<b>Pijete kávu?</b>	Ano / Občas / Ne

77.	Do you regularly drink coffee?	Yes / Occasionally / No
	<i>Dů jů regjůrlly drink kofí?</i>	<i>Jes / Okejžnly / Nou</i>
	Užíváte jiné návykové látky než alkohol, tabák či kávu? O jaké látky se jedná?	Ano / Ne
77.	Are you making use of any addictive substances other than alcohol, tobacco or coffee? What substances are these?	Yes / No
	<i>Ár jů mejkink jůs ov eny ediktiv substenciz adr den alkohol, tobákou or kofí?</i>	<i>Jes / Nou</i>

### Užívání návykových látek (abúzus)

Use of Addictive Substances (abuse)

*Jůs ov editkiv substenciz (ebjůs)*

78.	V kolika letech jste začala menstruovat?	
	At what age did you start menstruating?	
	<i>Et vot ejdž did jů stárt menstuejtink?</i>	
79.	V kolika letech jste přestala menstruovat?	
	At what age did you stop menstruating?	
	<i>Et vot ejdž did jů stap menstuejtink?</i>	
80.	Je Váš menstruační cyklus pravidelný?	Ano / Ne
	Is your menstrual cycle regular?	Yes / No
	<i>Iz jór menstruel cajkl regjůl?</i>	<i>Jes / Nou</i>
81.	Po kolika dnech míváte menstruaci? Jak dlouho obvykle trvá?	
	In terms of your menstrual cycle, how many days does it take between cycles? How long does your menstruation period typically last?	
	<i>In trms ov jór menstruel cajkl, hau meny dejs daz it tejk bitvým cajkls?</i> <i>Hau lonk daz jór menstuejšn pírijd typikly lást?</i>	
82.	Je menstruace výrazně bolestivá? Je menstruace velmi silná?	

	Is your menstruation period significantly painful? Is the menstruation particularly strong? <i>Iz jór menstuejšn pírijd signifíkantly pejnfl? Iz d menstuejšn prtíkjuľrly stronk?</i>	
83.	<b>Kdy jste měla poslední menstruaci?</b> When was your last menstruation period? <i>Ven voz jór lást menstuejšn pírijd?</i>	
84.	<b>Byl její průběh obvyklý?</b> Was the course of it usual? <i>Oz d kórs ov it jůžuel?</i>	Ano / Ne Yes / No Jes / Nou
85.	<b>Krvácíte i mimo menstruaci?</b> Do you bleed outside of your menstruation period? <i>Dů jů blíd autsájd ov jór menstuejšn pírijd?</i>	Ano / Ne Yes / No Jes / Nou
86.	<b>Jste nyní těhotná? Cítíte již pohyby plodu?</b> Are you currently pregnant? Can you already feel any movement in the fetus? <i>Ár jů pregnant? Ken jů olredy fil eny můvment in d fitus?</i>	Ano / Ne Yes / No Jes / Nou
87.	<b>Byla jste již v minulosti těhotná? Kolikrát?</b> Have you ever been pregnant in the past? How many times? <i>Hev jů evr bin pregnant in d pást? Hau meny tájms?</i>	Ano / Ne Yes / No Jes / Nou
88.	<b>Vyskytly se v průběhu nynějšího těhotenství či těhotenství minulých nějaké komplikace? O jaké komplikace se jednalo?</b> During your current pregnancy, or during any past pregnancies, were there any complications? <i>Djurink jór krent pregnensy, or d'jurink eny pást pregnensís, ver der eny komplikejšns? Vot kájnd ov komplikejšns ver dej?</i>	Ano / Ne Yes / No Jes / Nou
89.	<b>Byla jste v průběhu nynějšího či předchozích těhotenství hospitalizována v nemocnici? Z jakého důvodu jste byla hospitalizována?</b> Have you had to be hospitalized during your current or a previous pregnancy? If yes, why was that? <i>Hev jů hed tu bí hospitlájzd d'jurink krent or e prívijs pregnensy? No If yes, why was that?</i>	Ano / Ne Yes / No Jes / Nou
90.	<b>Prodělala jste porod? Uveďte prosím počet porodů.</b> Have you ever given birth to a child? How many times?	Ano / Ne Yes / No



	<i>Hev jũ evr givn brth tu e čájd? Hau meny tájms?</i>	<i>Jes / Nou</i>
91.	<b>Jak porod probíhal? Byl samovolný? Byl operační?</b> How did the childbirth go? Was it a natural birth or was surgery required (a Caesarian)? <i>Hau did d čájdbrth gou? voz it e náčurl brth or voz srdžery rikvájrd (e szérijen)?</i>	
92.	<b>Prodělala jste potrat?</b> Have you ever had an abortion? <i>Hev jũ evr hed en ebóršn?</i>	<b>Ano / Ne</b> Yes / No <i>Jes / Nou</i>
93.	<b>Jednalo se o spontánní potrat? Uveďte prosím počet a rok.</b> Was it a spontaneous abortion? How often has this happened? <i>Voz it e spontejnijs ebóršn? Hau ofn hes dis hepnd?</i>	<b>Ano / Ne</b> Yes / No <i>Jes / Nou</i>
94.	<b>Jednalo se o interrupci? Uveďte prosím počet a rok.</b> Did you ever induce the interruption of a pregnancy? How many times have you done this? <i>Did jũ evr indʹus dí interapšn ov e pregnensy?</i>	<b>Ano / Ne</b> Yes / No <i>Jes / Nou</i>
95.	<b>Léčíte se či léčila jste se v souvislosti s nějakým gynekologickým onemocněním?</b> Have you ever been treated for some type of gynecological disease or condition? <i>Hev jũ evr bin trítid for sam tajp ov gajnekolodžikl dizís or kondišn?</i>	<b>Ano / Ne</b> Yes / No <i>Jes / Nou</i>
96.	<b>Můžete toto onemocnění upřesnit?</b> Do you know the name of the disease or condition? <i>Dũ jũ nou d nejm ov d dizís or kondišn?</i>	
97.	<b>Měla jste ošetření čípku děložního?</b> Have you ever had any problems with your cervix that required some type of medical intervention? <i>Hev jũ evr hed eny problemz vit jór serviks det rikvájrd sam tajp ovmedikl intrvnšn?</i>	<b>Ano / Ne</b> Yes / No <i>Jes / Nou</i>
98.	<b>Měla jste cysty na vaječnících?</b> Have you ever had any ovarian cysts? <i>Hev jũ evr hed eny overijen sísts?</i>	<b>Ano / Ne</b> Yes / No <i>Jes / Nou</i>
99.	<b>Měla jste gynekologický zánět s teplotami?</b> Have you ever experienced gynecological inflammation along with a	<b>Ano / Ne</b> Yes / No

	temperature?	
	<i>Hev jũ evr ikspíríjenct gajnekolodžikl inflemejšn elonk vit e tempritšr.</i>	<i>Jes / Nou</i>
100.	<b>Měla jste zákroky pro nepravidelné krvácení?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Have you ever required surgery for irregular bleeding?	Yes / No
	<i>Hev jũ evr rikvájrd srdžery for iregjũlr blídink?</i>	<i>Jes / Nou</i>
101.	<b>Užívala jste někdy hormonální antikoncepci? Kdy?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Have you ever used hormonal contraceptives?	Yes / No
	<i>Hev jũ evr jũzd hormounl kontraseptivs?</i>	<i>Jes / Nou</i>
102.	<b>Měla jste zavedené nitroděložní tělísko? Kdy bylo odstraněno?</b>	
	Did you ever make use of any type of intrauterine device? If so, when was it removed?	
	<i>Did jũ evr mejk jũz ov eny tajp ov intrajuterin divájs? If so, when was it removed?</i>	
103.	<b>Užíváte nyní prostředky proti početí? Jaké? (hormonální antikoncepce, nitroděložní tělísko, kondom).</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Are you currently using any type of contraceptives? What type are you using (hormonal, intrauterine, condom)?	Yes / No
	<i>Ár jũ krently jũzink eny tajp ov kontraseptivs? Vot tajp ár jũ jũzink (hormounl, intrajuterin, kondm)?</i>	<i>Jes / Nou</i>
104.	<b>Chodíte na pravidelné gynekologické prohlídky?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Have you been receiving regular gynecological exams?	Yes / No
	<i>Hev jũ bin risívink regjũlr gajnekolodžikl ikzáms?</i>	<i>Jes / Nou</i>
105.	<b>Kdy jste byla naposledy gynekologicky vyšetřena?</b>	
	When was your last gynecological exam?	
	<i>Ven voz jór lást gajnekolodžikl ikzám?</i>	
106.	<b>Znáte výsledek posledního gynekologického vyšetření?</b>	<b>Ano / Ne</b>
	Do you know the results of this last gynecological exam?	Yes / No
	<i>Dũ jũ nou d rizalt ov dis lást gajnekolodžikl ikzám?</i>	<i>Jes / Nou</i>