|  |
| --- |
| **Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществе без назначения врача** |

|  |
| --- |
| Дата анкетирования (день, месяц, год): |
| Ф.И.О. пациента: | Пол: |
| Дата рождения (день, месяц, год): | Полных лет: |
| Медицинская организация: |
| Должность и Ф.И.О. медицинского работника, проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам: |
| **1.** | **Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется** |  |  |
| 1.1. | гипертоническая болезнь(повышенное артериальное давление)? | Да | Нет |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления? | Да | Нет |
| 1.2. | ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? | Да | Нет |
| 1.3. | цереброваскулярное заболевание(заболевание сосудов головного мозга)? | Да | Нет |
| 1.4. | хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит,эмфизема, бронхиальная астма)? | Да | Нет |
| 1.5. | туберкулез (легких или иных локализаций)? | Да | Нет |
| 1.6. | сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови? | Да | Нет |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровнясахара? | Да | Нет |
| 1.7. | заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)? | Да | Нет |
| 1.8. | хроническое заболевание почек? | Да | Нет |
| 1.9. | злокачественное новообразование? | Да | Нет |
| Если «Да», то какое? |
| 1.10. | повышенный уровень холестерина? | Да | Нет |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровняхолестерина? | Да | Нет |
| **2.** | **Был ли у Вас инфаркт миокарда?** | Да | Нет |
| **3.** | **Был ли у Вас инсульт?** | Да | Нет |
| **4.** | **Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников** в **молодом или среднем возрасте (до 65 лет** у матери или родных сестер или **до 55 лет** у отца или родных братьев)? | Да | Нет |
| **5.** | **Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования** (легкого, желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или полипоз желудка, семейный аденоматоз/диффузный полипоз толстой кишки?(нужное подчеркнуть) | Да | Нет |
| **6.** | **Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения, тяжести или явного дискомфорта за грудиной и (или) в левой****половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке?** | Да | Нет |
| **7.** | **Если на вопрос 6 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или в течение не более чем 20 мин после прекращения ходьбы/адаптации к холоду/ в тепле/в покое и (или) они исчезают через 1-5 мин после****приема нитроглицерина** | Да | Нет |
| **8.** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или****удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?** | Да | Нет |
| **9.** | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин****кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** | Да | Нет |
| **10.** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная****потеря зрения на один глаз?** | Да | Нет |
| **11.** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в****году?** | Да | Нет |
| **12.** | **Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной****клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?** | Да | Нет |
| **13.** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** | Да | Нет |
| **14.** | **Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение илиотсутствие аппетита**?** | Да | Нет |
| **15.** | **Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или****дегтеобразный стул?** | Да | Нет |
| **16.** | **Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин** (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)? | Да | Нет |
| **17.** | **Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?** | Да | Нет |
| **18.** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** | Да | Нет |
| **19.** | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | Да | Нет |
| **20.** | **Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?** сиг/день |
| **21.** | **Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или****быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?** | До 30 минут | 30 минут иболее |
| **22.** | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых****овощей и фруктов?** | Да | Нет |
| **23.** | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не****пробуя ее?** | Да | Нет |
| **24** | **Принимали ли Вы за последний год психотропные или****наркотические вещества без назначения врача?** | Да | Нет |
| **25.** | **Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?** |
| Никогда(0 баллов) | Раз в месяц и реже(1 балл) | 2-4 раза в месяц(2 балла) | 2-3 раза в неделю(3 балла) | ≥ 4 раз в неделю(4 балла) |
| **26.** | **Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз?**1 порция равна 12 мл чистого этанола ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухоговина ИЛИ 300 мл пива |
| 1-2 порции(0 баллов) | 3-4 порции(1 балл) | 5-6 порций(2 балла) | 7-9 порций(3 балла) | ≥ 10 порций(4 балла) |
| **27.** | **Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций?**6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 л пива |
| Никогда(0 баллов) | Раз в месяц и реже(1 балл) | 2-4 раза в месяц(2 балла) | 2-3 раза в неделю(3 балла) | ≥ 4 раз в неделю(4 балла) |
| **ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна баллов** |
| **28.** | Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотелисообщить врачу (фельдшеру) | Да | Нет |