1. **Анкета для граждан в возрасте до 75 лет на выявление хронических**

**неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития,**

**потребления наркотических средств и психотропных веществе без назначения врача**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О.: | | | | | |  |  | | |  |  | | | Пол: | |  | | |
| Дата рождения (день, месяц, год): | | | | | | |  | | |  |  | | | Полных лет: | |  | | |
| Поликлиника № | | | | | |  |  | | |  |  | | | Врач/фельдшер: | | | | |
| **1** | **Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется** | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | |
|  | 1.1.гипертоническая | | | | | болезнь | (повышенное | | | артериальное | | | | Да | | Нет | | |
|  | давление)? | | | | |  |  | | |  |  | | |  | |  | | |
|  | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | | |
|  | давления? | | | | |  |  | | |  |  | | |  | |  | | |
|  | 1.2.ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? | | | | | | | | |  |  | | | Да | | Нет | | |
|  | 1.3.цереброваскулярное заболевание (заболевание | | | | | | | | | | сосудов | | | Да | | Нет | | |
|  | головного мозга)? | | | | |  |  | | |  |  | | |  | |  | | |
|  | 1.4.хроническое заболевание бронхов или легких (хронический | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | | |
|  | бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)? | | | | | | | | |  |  | | |  | |  | | |
|  | 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 уровня | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | | |
|  | сахара? | | | | |  |  | | |  |  | | |  | |  | | |
|  | 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 уровня | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | | |
|  | холестерина? | | | | |  |  | | |  |  | | |  | |  | | |
| **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** | | | | | | Да | | Нет | | | |
|  | **родственников** в **молодом или среднем возрасте (до 65 лет** у | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | матери или родных сестер или **до** **55** **лет** у отца или родных | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | братьев)? | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | | |
| **5** | **Были ли у Ваших близких родственников в молодом или** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | | | |
|  | **среднем возрасте злокачественные новообразования** (желудка, | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | кишечника, толстой или прямой кишки, полипоз желудка, | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | кишечника, предстательной железы, молочной железы, матки, | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | опухоли других локализаций) или семейный аденоматоз | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | диффузный полипоз) толстой кишки? (нужное подчеркнуть) | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
| **6** | **Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | | | |
|  | **гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на** | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | **холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения или** | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | **тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с** | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | **распространением в левую руку?** | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | | |
| **7** | **Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущения) в течение 10 минут?** (нужное | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | подчеркнуть) | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | | |
|  | Да, исчезает самостоятельно | | | | | | | Да, исчезает после приема нитроглицерина | | | | | | | | Нет | | | |
| **8** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | | | |
|  | **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?** | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
| **9** | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | | | |
|  | **кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине** | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | **лица, губы или языка?** | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | | |
| **10** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | | | |
|  | **потеря зрения на один глаз?** | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | | |
| **11** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного ка ля с** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | | | |
|  | **отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в** | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | **году?** | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | | |
| **12** | **Бывают ли у Вас свистящие «хрипы» или «свисты» в грудной** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | | | |
|  | **клетке с чувством затруднения дыхания или без?** | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
| **13** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | | | |
| **14** | **Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | | | |
|  | области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | отсутствие аппетита**?** | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | | |
| **15** | **Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | | | |
|  | **дегтеобразный стул?** | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | | |
| **16** | **Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин** (т.е. | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | | | |
|  | без соблюдения диеты или увеличения физической активности и | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | пр.)? | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | | |
| **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** | | | | | | | | | | | | | До 30 минут | | 30 минут и | | | |
|  | **быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?** | | | | | | | | | | | | |  | | более | | | |
| **22** | **Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | | | |
|  | **порций) фруктов и овощей** (не считая картофеля)? | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
| **23** | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | | | |
| **24** | **Принимали ли Вы за последний год** | | | | | | | | **психотропные** | | | **или** | | Да | | Нет | | |
|  | **наркотические вещества без назначения врача?** | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| **25** |  |  |  | **Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?** | | | | | | | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | | | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Никогда |  | Раз в месяц и реже | | | | 2-4 раза в месяц | | |  |  | 2-3 раза в |  | ≥ 4 раз в | | |
|  |  |  |  |  |  | неделю |  | неделю | | |
|  |  |  | (0 баллов) |  | (1 балл) | | | | (2 балла) | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | (3 балла) |  | (4 балла) | | |
|  |  |  |  |  |  | | | |  | | |  |  |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  | |  | |  | |
|  |  | **Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **26** |  |  |  |  | **один раз?** | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1 порция равна ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |
|  |  | пива |  |  |  | | | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | | | |  | | |  |  | | |  |  | |
|  |  | 1-2 порции | |  | 3-4 порции | | | | 5-6 порций | | |  | 7-9 порций | |  | ≥ 10 порций | | |
|  |  |  | (0 баллов) |  | (1 балл) | | | | (2 балла) | | |  |  | (3 балла) |  | (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 |  | Раз в месяц и реже | | | | 2-4 раза в месяц | | |  |  | 2-3 раза в |  | ≥ 4 раз в | | |
|  |  |  |  | (1 балл) | | | |  |  | неделю |  | неделю | | |
|  |  |  | (0 баллов) |  | (2 балла) | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | | |  |  | (3 балла) |  | (4 балла) | | |
|  |  |  |  |  |  | | | |  | | |  |  |  |