|  |
| --- |
| **Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ 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 локаций)? | да | нет |
| 1.6. | сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови? | да | нет |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара? | 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 уровня холестерина? | 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 и жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?** | да | нет |
| **13.** | **Бывали 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 или отсутствие 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 и более |
| **22.** | **Присутствует ли 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. сухого вина 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 раза в неделю (4 балла) |
| **ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна \_\_\_\_\_\_\_\_баллов** |
| **28.** | Есть ли Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру) | да | нет |