|  |
| --- |
| **Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении** |
| Дата анкетирования (день, месяц, год) |
| Ф.И.О. пациента: | Пол: |
| Дата рождения (день, месяц, год): | Полных лет: |
| Должность и Ф.И.О., 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 (артериальная гипертония)? | Да | Нет |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления? | Да | Нет |
| 1.2. | сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови? | Да | Нет |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара? | Да | Нет |
| 1.3. | злокачественное новообразование? | Да | Нет |
| Если «Да», то какое?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Да | Нет |
| 1.4. | повышенный уровень холестерина? | Да | Нет |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина? | Да | Нет |
| 1.5. | перенесенный инфаркт миокарда? | Да | Нет |
| 1.6. | перенесенный инсульт? | Да | Нет |
| 1.7. | хронический бронхит или бронхиальная астма? | Да | Нет |
| **2.** | **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 |
| **3.** | **Если ответ «Да» по вопросу 2, то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или через 5-10 мин после прекращения ходьбы/адаптации к холоду и (или) после приема нитроглицерина** | Да | Нет |
| **4.** | **Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?** | Да | Нет |
| **5.** | **Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** | Да | Нет |
| **6.** | **Возникала у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** | Да | Нет |
| **7.** | **Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?** | Да | Нет |
| **8.** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?** | Да | Нет |
| **9.** | **Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?** |  |  |
| **10.** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** | Да | Нет |
| **11.** | **Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита**?** | Да | Нет |
| **12.** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** | Да | Нет |
| **13.** | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | Да | Нет |
| **14.** | **Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста, при ходьбе по ровной поверхности или перелом без видимой причины**, **в т.ч. перелом позвонка?** | Да | Нет |
| **15.** | **Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?**  | Да | Нет |
| **16.** | **Присутствует ли Вашем ежедневном рационе 2 и более порций фруктов или овощей** (1 порция фруктов = 200г., 1 порция овощей, не считая картофеля = 200 г.)? | Да | Нет |
| **17.** | **Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?**  | Да | Нет |
| **18.** | **Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?**  | Да | Нет |
| **19.** | **Были ли у Вас случаи падений за последний год?**  | Да | Нет |
| **20.** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?**  | Да | Нет |
| **21.** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?**  | Да | Нет |
| **22.** | **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?**  | Да | Нет |
| **23.** | **Страдаете ли Вы недержанием мочи?**  | Да | Нет |
| **24.** | **Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?**  | Да | Нет |
| **25.** | **Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?**  | Да | Нет |
| **26.** | **Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?**  | Да | Нет |
| **27.** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?**  | Да | Нет |
| **28.** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?**  | Да | Нет |
| **29.** | **Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?**  | До 5 | 5 и более |
| **30.** | **Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)**  | Да | Нет |
| **Выявление постковидного COVID-19 синдрома (последствий перенесенной новой коронавирусной инфекции)\*** |
| **1.** | **Говорил ли Вам врач, что Вы болели или перенесли, в том числе «на ногах», новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)** | Да | Нет |
| **2.** | Если «Да», то укажите ориентировочно сколько месяцев прошло с момента выздоровления и какой степени тяжести была коронавирусная инфекция (COVID-19) | \_\_\_ мес.Легкой | \_\_\_\_ мес.Средней и выше | \_\_\_ мес.Не знаю |
| **3.** | Ощущаете ли Вы в настоящее время снижение качества жизни (уровня здоровья) (КЖ) или работоспособности (РСП), связанное с перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19)? | Да, ощущаю существенное снижение КЖ и/или РСП | Да, ощущаю незначительное снижение КЖ и/или РСП | Нет, не ощу-щаю |
| **3.1** | Оцените вклад появления/усиления одышки и снижения переносимости физической нагрузки и/или хронического кашля как причины снижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| **3.2** | Оцените вклад появления/усиления болей в груди и/или сердцебиений, и/или отеков на ногах как причины снижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| **3.3** | Оцените вклад появления/усиления усталости, и/или мышечных болей, и/или головной боли, и/или дизавтономии (функциональные нарушения регуляции деятельности ЖКТ, печени, почек, мочевого пузыря, легких, сердца, желез внутренней и внешней секреции, кровеносных и лимфатических сосудов) и/или когнитивных нарушений (снижение памяти, умственной работоспособности и других познавательных функций мозга) как причины снижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| **3.4** | Оцените вклад нестабильного течения сахарного диабета (ранее протекавшего стабильно) или выявление сахарного диабета после перенесенного COVID-19 как причины снижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| **3.5.** | Оцените вклад выпадения волос или появление кожной сыпи как причины снижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| **3.6.** | Оцените вклад появления/усиления болей в суставах как причины снижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| **3.7.** | Оцените вклад потери вкуса и/или обоняния как причины снижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| **3.8.** | Отмечаете ли Вы сохранение повышенной температуры с момента выздоровления коронавирусной инфекции (COVID-19)? | Да  | Нет |

\*Постковидный синдром определяется как стойкие симптомы и/или отсроченные или долгосрочные осложнения по истечении 4 недель с момента появления симптомов