|  |
| --- |
| **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 | | | | |