|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, 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., 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. | 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 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? | | | | | | |  |  |
| 2 | **Был ли у Вас инфаркт миокарда?** | | | | | | |  |  |
| 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 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 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?** | | | | | | | Да | Нет |
| Никогда (0 баллов) | | 3-4 порции (1 балл) | | 5-6 порций (2 балла) | 7-9 порций (3 балла) | | ≥ 10 порций (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 | | | | | | | Да | Нет |
| 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 хотели сообщить врачу (фельдшеру) | | | | | | | Да | Нет |