Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше

на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата обследования (день, месяц, год): | | | | |
| 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 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?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 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 на вопрос 2 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт  исчезают 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 |
| 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? | | Да | Нет |
| 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 в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов? | | 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? | | Да | Нет |
| 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 |