Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществе без назначения врача

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата обследования (день, месяц, год): | | | | | | | | |
| Ф.И.О.: | | | | | 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 | | | | Да | | | Нет |
|  | давления? | | | |  | | |  |
|  | 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? | | | | 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 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? | | | | | | | |  |
|  | 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 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 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 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |