|  |
| --- |
| **Анкета для граждан в возрасте до 75 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: |
| Поликлиника № | Врач/фельдшер: |
| **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 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** (желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, полипоз желудка, кишечника, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или 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 или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку?**  | Да  | Нет  |
| **7**  | **Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущения) в течение 10 минут?** (нужное подчеркнуть) |
| Да, исчезает самостоятельно  | Да, исчезает после приема нитроглицерина  | 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**  | Да  | Нет  |
|  | **удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?**  |  |  |
| **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 «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без?**  | 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**  | **Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей** (не считая картофеля)? | 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**  |

|  |
| --- |
| 1 порция равна ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл  |
| пива |   |

**Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз?**  |
|   | 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**  |