**Анкета**

**для граждан в возрасте 65 лет и старше**

**на выявление ХНИЗ, факторов риска, старческой астении**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Дата анкетирования (день, месяц, год): |
| ФИО 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: |
| 1.1.1.1.2.1.3.1.4.1.5. | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ гипертоническая болезнь, повышенное артериальное давление Да Нет  (артериальная гипертония)?  |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления? Да Нет  |
|  сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) Да Нет в крови?  |
|  Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня Да Нет сахара?  |
|  злокачественное новообразование? Да Нет  |
| Если «Да», то какое? |
|  Повышенный уровень холестерина? Да Нет |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня Да Нет холестерина? |
|  перенесённый инфаркт миокарда ? Да Нет  |
| 1.6. |  перенесённый инсульт ? Да Нет  |
| 1.7. |  хронический бронхит или бронхиальная астма? Да Нет  |
| 2. | Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идёте в гору Да Нет или спешите, или при выходе из тёплого 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?  |
| 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 Да Нети (или) они исчезают через 1-5 минут после приёма  нитроглицерина   |
| 4. | Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, Да Нет что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?  |
| 5. | Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин Да Неткратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?  |
| 6. | Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная Да Нетпотеря зрения на один глаз?   |
| 7. | Бывают ли у Вас отёки 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 Да Нет в году? |
| 9. | Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной Да Нетклетке при дыхании, не проходящие при откашливании?  |
| 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 1 и более сигарет в день**)** Да Нет  |
|  14. | Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста, Да Нет при ходьбе по ровной поверхности или перелом без видимой причины, в т.ч. перелом позвонка?  |
| 15. | Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние Да Нет годы?  |
| 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, Да Нетмолочные продукты) 3 раза или более в неделю?  |
| 18. | Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику Да Нети другие физические упражнения 30 минут и более?  |
| 19. | Были ли у Вас случаи падений за последний год? Да Нет |
| 20. | Испытываете ли у Вы существенные ограничения в повседневной Да Нет жизни из-за снижения зрения? |
| 21. | Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной Да Нет жизни из-за снижения слуха? |
| 22. | Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженнымДа Нетв последнее время?   |
| 23. | Страдаете ли Вы недержанием мочи? Да Нет |
| 24. | Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице Да Нет(ходьба на 100 м), подъём на 1 лестничный пролёт?  |
| 25. | Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией илиДа Нет способностью планировать?  |
| 26. | Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее времяДа Нет(не менее 5 кг за полгода)?  |
| 27. | Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальнымДа Нетсоблюдением диеты или увеличением физической активности?  |
| 28. |  Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижениемДа Нет аппетита?   |
| 29. | Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете До 5 5 и болееежедневно или несколько раз в неделю? |
| 30. | Есть ли у Вас другие жалобы на своё здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы хотели сообщить Да Нет врачу (фельдшеру) |