**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 Нет  и (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 Нет  кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица,  губы или языка? |
| 6. | Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная Да Нет  потеря 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 Нет  клетке 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 Нет  молочные продукты) 3 раза или более в неделю? |
| 18. | Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику Да Нет  и 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 Нет  в 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 Нет  соблюдением 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 более  ежедневно 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) |