

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

| | | | |
|--|---|-------------|-----|
| Дата анкетирования (день, месяц, год): | | | |
| Ф.И.О. 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. | 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 (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. | Возникла 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, пройти по комнате? | | | | Да | Нет | |
| 9. | Возникло ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка? | | | | Да | Нет | |
| 10. | Возникла 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 12 мл чистого этанола 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 | |