|  |
| --- |
| **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, меясц, год) | | | | | **Полных лет:** | | | |
| **Медицинская организация:** | | | | | | | | |
| **Должность:**  **и Ф.И.О., проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам:** | | | | | | | | |
| **1.** | **Говорил ли Вам врач когда либо, что у Вас имеется:** | | | | | | **ДА** | **НЕТ** |
| 1.1 | Гипертоническая болезнь, повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)? | | | | | |  |  |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления? | | | | | |  |  |
| 1.2 | Ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? | | | | | |  |  |
| 1.3 | Цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)? | | | | | |  |  |
| 1.4 | Хронические заболевания бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)? | | | | | |  |  |
| 1.5 | Туберкулез (легких или иных локализаций)? | | | | | |  |  |
| 1.6 | Сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови? | | | | | |  |  |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара? | | | | | |  |  |
| 1.7 | Заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)? | | | | | |  |  |
| 1.8 | Хронические заболевания почек? | | | | | |  |  |
| 1.9 | Злокачественное новообразование? | | | | | |  |  |
| Если «Да», то какое? | | | | | | | |
| 1.10 | Повышенный уровень холестерина? | | | | | |  |  |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина? | | | | | |  |  |
| **2.** | **Был ли у Вас инфаркт миокарда?** | | | | | |  |  |
| **3.** | **Был ли у Вас инсульт**? | | | | | |  |  |
| **4.** | **Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте (до 65 лет** у матери или родных сестёр или до **55 лет** у отца или родных братьев)? | | | | | |  |  |
| **5.** | **Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования** (легкого, желудка, кишечника, толстой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или полипоз толстой кишки)?  (нужное подчеркнуть) | | | | | |  |  |
| **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 дискомфорта за грудиной и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке?** | | | | | |  |  |
| **7.** | **Если на вопрос 6 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 и (или) они исчезают через 1-5 мин., после приёма нитроглицерина.** | | | | | |  |  |
| **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?** | | | | | |  |  |
| **9.** | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы, языка?** | | | | | |  |  |
| **10.** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** | | | | | |  |  |
| **11.** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?** | | | | | |  |  |
| **12.** | **Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?** | | | | | |  |  |
| **13.** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканьее?** | | | | | |  |  |
| **14.** | **Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита? | | | | | |  |  |
| **15.** | **Бывает ли у Вас неоформленный (плужидкий) черный или дегтеобразный стул?** | | | | | |  |  |
| **16.** | **Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е.без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?** | | | | | |  |  |
| **17.** | **Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?** | | | | | |  |  |
| **18.** | **Бывают ли у Вас кровянистые выделения с калом?** | | | | | |  |  |
| **19.** | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | | | | | |  |  |
| **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 | З0 минут и более |
|  |  |
| **22.** | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 гр. сырых овощей и фруктов.** | | | | | |  |  |
| **23.** | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя её?** | | | | | |  |  |
| **24.** | **Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?** | | | | | |  |  |
| **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 или более раз в неделю\_\_\_\_\_ | | |
| **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 или более 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 или более раз в неделю\_\_\_\_\_ | | |
| **ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№25-27 равна \_\_\_\_\_\_\_\_\_ баллов.** | | | | | | | | |
| **28.** | **Есть ли у Вас другие жалобы на своё здоровье, не вошедшие в настоящую анкету, и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)?** | | | | | |  |  |

**ПРИМЕЧАНИЕ**: ответ помечается знаком **«V»**

**Вопрос 1.3** (Если «Да», то какое?) – ответ впечатывается в строку в виде текста.