|  |
| --- |
| **Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении** |

|  |
| --- |
| **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 | Сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови? |  |  |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара? |  |  |
| 1.3 | Злокачественное новообразование? |  |  |
| Если «Да», то какое? |
| 1.4 | Повышенный уровень холестерина? |  |  |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина? |  |  |
| 1.5 | Перенесенный инфаркт миокарда? |  |  |
| 1.6 | Перенесенный инсульт? |  |  |
| 1.7 | Хронический бронхит и бронхиальная астма? |  |  |
| **2.** | **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?** |  |  |
| **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 и (или) они исчезают через 1-5 мин. После приёма нитроглицерина** |  |  |
| **4.** | **Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?** |  |  |
| **5.** | **Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы, языка?** |  |  |
| **6.** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** |  |  |
| **7.** | **Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?** |  |  |
| **8.** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?** |  |  |
| **9.** | **Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?** |  |  |
| **10.** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканьеп?** |  |  |
| **11.** | **Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита? |  |  |
| **12.** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** |  |  |
| **13.** | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) |  |  |
| **14.** | **Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста, 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 годы?** |  |  |
| **16.** | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 гр. сырых овощей и фруктов.** |  |  |
| **17.** | **Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?** |  |  |
| **18.** | **Тратите ли Вы на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?** |  |  |
| **19.** | **Были ли у Вас случаи падения за последний год?** |  |  |
| **20.** | **Испытываете ли вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?** |  |  |
| **21.** | **Испытываете ли Вы существенные ограническия в повседневной жизни из-за снижения слуха?** |  |  |
| **22.** | **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?** |  |  |
| **23.** | **Страдаете ли Вы недержанием мочи?** |  |  |
| **24.** | **Испытываете ли Вы затруднения при премещении по дому, улице (ходьба на 100 м, подъём на 1 лестничный пролет?** |  |  |
| **25.** | **Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?** |  |  |
| **26.** | **Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?** |  |  |
| **27.** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?** |  |  |
| **28.** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?** |  |  |
| **29.** | **Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?** | **До 5** | **5 и более** |
|  |  |
| **30.** | **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.