Анкета для граждан в возрасте до 75 лет на выявление хронических не инфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществе безназначения врача

|  |
| --- |
| **Дата обследования (день, месяц, год):** |
| **Ф.И.О.:** | **Пол:** |
| **Дата рождения (день, месяц, год):** | **Полных лет:** |
| **Поликлиника №** | **Врач/фельдшер:** |
| 1 | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется |  |  |
|  | **1.1.гипертоническая болезнь (повышенное артериальноедавление)?** | **Да** | **Нет** |
|  | **Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижениядавления?** | **Да** | **Нет** |
|  | **1.2.ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?** | **Да** | **Нет** |
|  | **1.3.цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудовголовного мозга)?** | **Да** | **Нет** |
|  | **1.4.хроническое заболевание бронхов или легких (хроническийбронхит, 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 уровнясахара?** | **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 уровняхолестерина?** | **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 близкихродственников в молодом или среднем возрасте (до 65 лет уматери или родных сестер или до 55 лет у отца или родныхбратьев)? | Да | Нет |
| 5 | Были ли у Ва их близких родственников в молодом илисреднем возрасте злокачественные новообразования (желудка,кишечника, толстой или прямой кишки, полипоз желудка,кишечника, предстательной железы, молочной железы, матки,опухоли других локализаций) или семейный аденоматоздиффузный полипоз) толстой кишки? (нужное подчеркнуть) | Да | Нет |
| 6 | Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете вгору или спешите, или при выходе из теплого помещения нахолодный воздух, боль или ощущение давления, жжения илитяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, сраспространением в левую руку? | Да | Нет |
| 7 | Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущения) в течение 10 минут? (нужноеподчеркнуть) |
| Да, исчезает самостоятельно Да, исчезает после приема нитроглицерина | Нет |
| 8 | Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременнаяслабость или неловкость при движении в одной руке (ноге)либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взятьили удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате? | Да | Нет |
| 9 | Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причинкратковременное онемение в одной руке, ноге или половинелица, губы или языка? | Да | Нет |
| 10 | Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременнаяпотеря зрения на один глаз? | Да | Нет |
| 11 | Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного ка ля сотделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев вгоду? | Да | Нет |
| 12 | Бывают ли у Вас свистящие «хрипы» или «свисты» в груднойклетке с чувством затруднения дыхания или без? | Да | Нет |
| 13 | Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье? | Да | Нет |
| 14 | Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (вобласти желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение илиотсутствие аппетита? | Да | Нет |
| 15 | Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный илидегтеобразный стул? | Да | Нет |
| 16 | Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е.без соблюдения диеты или увеличения физической активности ипр.)? | 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 илибыстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)? | До 30 минут | 30 минут иболее |
| 22 | Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)? | Да | Нет |
| 23 | Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, | Да | Нет |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | не пробуя ее? |  |  |
| 24 | Принимали ли Вы за последний год психотропные илинаркотические 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 внеделю(3 балла) | > 4 раз внеделю(4 балла) |
| 26 | Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно заодин раз? |
| 1 порция равна 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) |
|  | Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций? |
| 27 | 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 внеделю(3 балла) | > 4 раз внеделю(4 балла) |
| ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна баллов |