Анкета для граждан в возрасте 75 лет и старше на выявление
хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска,

старческой астении

|  |
| --- |
| Дата обследования (день, месяц, год): |
| Ф.И.О.: | Пол: |
| Дата рождения (день, месяц, год): | Полных лет: |
| Поликлиника № | Врач/фельдшер: |
| 1 | Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния): |
|  | 1.1. гипертоническая болезнь, повышенное артериальноедавление (артериальная гипертония)? | Да | Нет |
|  | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижениядавления? | Да | Нет |
|  | 1.2.сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара)в крови? | Да | Нет |
|  | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровнясахара? | Да | Нет |
|  | 1.3. злокачественное новообразование? | Да | Нет |
|  | Если «Да», то какое ? |
|  | 1.4. повышенный уровень холестерина? | Да | Нет |
|  | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровняхолестерина? | Да | Нет |
|  | 1.5. перенесенный инфаркт миокарда? | Да | Нет |
|  | 1.6. перенесенный инсульт? | Да | Нет |
|  | 1.7. хронический бронхит или бронхиальная астма? | Да | Нет |
| 2 | Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете вгору или спе ш ите, или при выходе из теплого помещения нахолодный воздух, боль или ощущение давления, жженияили тяжести за грудиной или в левой половине груднойклетки, с распространением в левую руку? | Да | Нет |
| 3 | Если «Да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 минили через 2-5 мин после приема нитроглицерина? | Да | Нет |
| 4 | Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ногетак, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать состула, пройтись по комнате? | Да | Нет |
| 5 | Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин | Да | Нет |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | кратковременное онемение в одной руке, ноге или половинелица, губы или языка? |  |  |
| 6 | Возникала у Вас когда-либо внезапно кратковременнаяпотеря зрения на один глаз? | Да | Нет |
| 7 | Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня? | Да | Нет |
| 8 | Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день) | Да | Нет |
| 9 | Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста,при ходьбе по ровной поверхности или перелом безвидимой причины, в т.ч. перелом позвонка? | Да | Нет |
| 10 | Считаете ли Вы, что Ва ш рост заметно снизился за последниегоды? | Да | Нет |
| 11 | Присутствует ли в Ва ш ем ежедневном рационе 2 и болеепорции фруктов или овощей? (1 порция =200 гр. овощей или =1 фрукт среднего размера) | Да | Нет |
| 12 | Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые,молочные продукты)3 раза или более в неделю? | Да | Нет |
| 13 | Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику идругие физические упражнения 30 минут и более? | Да | Нет |
| 14 | Были ли у Вас случаи падений за последний год? | Да | Нет |
| 15 | Испытываете ли Вы существенные ограничения вповседневной жизни из-за снижения зрения? | Да | Нет |
| 16 | Испытываете ли Вы существенные ограничения вповседневной жизни из-за снижения слуха? | Да | Нет |
| 17 | Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным иливстревоженным в последнее время? | Да | Нет |
| 18 | Страдаете ли Вы недержанием мочи? | Да | Нет |
| 19 | Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому,улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет? | Да | Нет |
| 20 | Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием,ориентацией или способностью планировать? | Да | Нет |
| 21 | Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время(не менее 5 кг за полгода)? | Да | Нет |
| 22 | Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано соспециальным соблюдением диеты или увеличениемфизической активности? | Да | Нет |
| 23 | Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано соснижением аппетита? | Да | Нет |
| 24 | Сколько лекарственных препаратов Вы принимаетеежедневно или несколько раз в неделю? | До 5 | 5 и более |