**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., 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 (артериальная гипертония)? | 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** | **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?**  | Да | Нет |
| **9** | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?**  | Да | Нет |
| **10** | **Возникала 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 мин | 30 мин 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 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 |