|  |
| --- |
| 6. 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. медицинского работника, 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)? | | | | 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 сестёр, 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 минут | | 30 минут 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 | Раз в месяц и реже | 2 - 4 раза в месяц | 2 - 3 раза в неделю | | 4 раз в неделю | |
| (0 баллов) | (1 балл) | (2 балла) | (3 балла) | | (4 балла) | |
| 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 | 3 - 4 порции | 5 - 6 порций | 7 - 9 порций | | 10 порций | |
| (0 баллов) | (1 балл) | (2 балла) | (3 балла) | | (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 | Раз в месяц и реже | 2 - 4 раза в месяц | 2 - 3 раза в неделю | | 4 раз в неделю | |
| (0 баллов) | (1 балл) | (2 балла) | (3 балла) | | (4 балла) | |
| ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы N N 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 |

С результатами анкетирования ознакомлен

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача (фельдшера) проводящего заключительный осмотр пациента по

завершению профилактического медицинского осмотра или первого этапа

диспансеризации