**Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществе без назначения 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** | | | | | | | | | | Да | | | | | Нет |
|  | 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 сестер или до 55 лет у отца или родных братьев)? | | | | | | | | | | Да | | | | | Нет |
| **5** | **Были ли у Ва их близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования** (желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, полипоз желудка, кишечника, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или 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 или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку?** | | | | | | | | | | Да | | | | | Нет |
| **7** | **Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущения) в течение 10 минут?** (нужное подчеркнуть) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Да, исчезает самостоятельно | | | Да, исчезает после приема нитроглицерина | | | | | | | | | 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 ка ля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?** | | | | | | | | | | Да | | | | | Нет |
| **12** | **Бывают ли у Вас свистящие «хрипы» или «свисты» в грудной клетке 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** (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** | **Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов** (или 4-5 порций) **фруктов и овощей** (не считая картофеля)? | | | | | | | | | | | 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** | | | | | | | | | | | | | | | | |