**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** |