**Анкета для граждан в возрасте до 75 лет.**

Рост\_\_\_\_\_см АД \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_мм.рт.ст.

 Вес \_\_\_\_\_\_ кг Окр.талии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_см.

ИМТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(норма, изб. масса тела, ожирение 1ст., 2ст., 3ст)

На выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и туберкулеза и правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирования) при прохождении диспансеризации.

Ф.И.О. пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата анкетирования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Поликлиника

Врач терапевт участковый/врач общей практики (семейный врач)/фельдшер

|  |
| --- |
| **1 Говорил ли Вам врач когда- либо ,что у вас имеется:** |
| **1.1** | **Гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?**  | **Нет** | **Да** |
|  | **Если «Да» то принимаете ли Вы препараты?**  | **Нет** | **Да** |
| **1.2** | **Ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?** | **Нет** | **Да** |
| **1.3** | **Цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)?** | **Нет** | **Да** |
| **1.4** | **Хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?** | **Нет** | **Да** |
| **1.5** | **Туберкулез легких или иных локализаций?** | **Нет** | **Да** |
| **1.6** | **Сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?** | **Нет** | **Да** |
|  | **Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?** | **Нет** | **Да** |
| **1.7** | **Заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)** | **Нет** | **Да** |
| **1.8** | **Хроническое заболевание почек?** | **Нет** | **Да** |
| **1.9** | **Злокачественное новообразование?** | **Нет** | **Да** |
|  | **Если «Да», то какое?** | **Нет** | **Да** |
| **1.10** | **Повышенный уровень холестерина?** | **Нет** | **Да** |
|  | **Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?** | **Нет** | **Да** |
| **2** | **Был ли у Вас Инфаркт миокарда?** | **Нет** | **Да** |
| **3** | **Был ли у Вас инсульт?** | **Нет** | **Да** |
| **4** | **Были 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)** | **Нет** | **Да** |
| **5** | **Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте, или в нескольких поколениях злокачественные новообразования? (желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли др.локализации, полипоз желудка, кишечника, семейный аденоматоз (диффузный полипоз)толстой кишки)** | **Нет** | **Да** |
| **6** | **Возникает ли у Вас, когда Вы поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите или выходите из теплого помещения на холодный воздух, боль, ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки с распространением в левую руку?**  | **Нет** | **Да** |
| **7** | **Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут?****Нет Да, исчезает самостоятельно Да, исчезает после приема нитроглицерина** |

 **Анкета для граждан в возрасте до 75 лет.**

Рост\_\_\_\_\_см АД \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_мм.рт.ст.

 Вес \_\_\_\_\_\_ кг Окр.талии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_см.

ИМТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(норма, изб. масса тела, ожирение 1ст., 2ст., 3ст)

На выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и туберкулеза и правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирования) при прохождении диспансеризации.

Ф.И.О. пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата анкетирования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Поликлиника

Врач терапевт участковый/врач общей практики (семейный врач)/фельдшер

|  |
| --- |
| **1 Говорил ли Вам врач когда- либо ,что у вас имеется:** |
| **1.1** | **Гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?**  | **Нет** | **Да** |
|  | **Если «Да» то принимаете ли Вы препараты?**  | **Нет** | **Да** |
| **1.2** | **Ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?** | **Нет** | **Да** |
| **1.3** | **Цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)?** | **Нет** | **Да** |
| **1.4** | **Хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?** | **Нет** | **Да** |
| **1.5** | **Туберкулез легких или иных локализаций?** | **Нет** | **Да** |
| **1.6** | **Сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?** | **Нет** | **Да** |
|  | **Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?** | **Нет** | **Да** |
| **1.7** | **Заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)** | **Нет** | **Да** |
| **1.8** | **Хроническое заболевание почек?** | **Нет** | **Да** |
| **1.9** | **Злокачественное новообразование?** | **Нет** | **Да** |
|  | **Если «Да», то какое?** | **Нет** | **Да** |
| **1.10** | **Повышенный уровень холестерина?** | **Нет** | **Да** |
|  | **Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?** | **Нет** | **Да** |
| **2** | **Был ли у Вас Инфаркт миокарда?** | **Нет** | **Да** |
| **3** | **Был ли у Вас инсульт?** | **Нет** | **Да** |
| **4** | **Были 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)** | **Нет** | **Да** |
| **5** | **Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте, или в нескольких поколениях злокачественные новообразования? (желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли др.локализации, полипоз желудка, кишечника, семейный аденоматоз (диффузный полипоз)толстой кишки)** | **Нет** | **Да** |
| **6** | **Возникает ли у Вас, когда Вы поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите или выходите из теплого помещения на холодный воздух, боль, ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки с распространением в левую руку?**  | **Нет** | **Да** |
| **7** | **Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут?****Нет Да, исчезает самостоятельно Да, исчезает после приема нитроглицерина** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге, или руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?** | **Нет** | **Да** |
| **9** | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапно без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** | **Нет** | **Да** |
| **10** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** | **Нет** | **Да** |
| **11** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?** | **Нет** | **Да** |
| **12** | **Бывают ли у Вас «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без?** | **Нет** | **Да** |
| **13** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** | **Нет** | **Да** |
| **14** | **Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?** | **Нет** | **Да** |
| **15** | **Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?** | **Нет** | **Да** |
| **16** | **Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты, или увеличения физической активности и пр.)?** | **Нет** | **Да** |
| **17** | **Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?** | **Нет** | **Да** |
| **18** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** | **Нет** | **Да** |
| **19** | **Курите ли Вы? (курение - 1 и более сигарет в день)** | **Нет** | **Да** |
| **20** | **Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?** |
| **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** | **Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)** | **Нет** | **Да** |
| **23** | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?** | **Нет** | **Да** |
| **24** | **Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?** | **Нет** | **Да** |
| **25** | **Как часто вы употребляете алкогольные напитки?****Никогда Раз в месяц 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 или 30мл крепкого алкоголя (водки) или 100мл. сухого вина или 300мл. 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 18мл. крепкого алкоголя (водки) или 600мл. сухого вина или 1,8 литра пива** **Никогда Раз в месяц 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 №№ 25-27 равна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_баллов** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге, или руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?** | **Нет** | **Да** |
| **9** | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапно без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** | **Нет** | **Да** |
| **10** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** | **Нет** | **Да** |
| **11** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?** | **Нет** | **Да** |
| **12** | **Бывают ли у Вас «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без?** | **Нет** | **Да** |
| **13** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** | **Нет** | **Да** |
| **14** | **Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?** | **Нет** | **Да** |
| **15** | **Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?** | **Нет** | **Да** |
| **16** | **Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты, или увеличения физической активности и пр.)?** | **Нет** | **Да** |
| **17** | **Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?** | **Нет** | **Да** |
| **18** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** | **Нет** | **Да** |
| **19** | **Курите ли Вы? (курение - 1 и более сигарет в день)** | **Нет** | **Да** |
| **20** | **Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?** |
| **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** | **Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)** | **Нет** | **Да** |
| **23** | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?** | **Нет** | **Да** |
| **24** | **Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?** | **Нет** | **Да** |
| **25** | **Как часто вы употребляете алкогольные напитки?****Никогда Раз в месяц 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 или 30мл крепкого алкоголя (водки) или 100мл. сухого вина или 300мл. 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 18мл. крепкого алкоголя (водки) или 600мл. сухого вина или 1,8 литра пива** **Никогда Раз в месяц 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 №№ 25-27 равна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_баллов** |