**Анкета для граждан в возрасте до 75 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, риска потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача**

Форма 1

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Дата обследования (день, месяц, год) _____<br>Ф.И.О._____<br>Пол_____<br>Дата рождения (день, месяц, год) _____ Полных лет _____<br>Поликлиника № ____<br>Врач-терапевт участковый /врач общей практики (семейный врач)/фельдшер _____ | | |
| **1.** | **Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется** | | |
| 1.1 | повышенное артериальное давление? | нет | да |
| 1.2 | ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? | нет | да |
| 1.3 | ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда? | нет | да |
| 1.4 | цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)? | нет | да |
| 1.5 | хроническое бронхо-легочное заболевание? | нет | да |
| 1.6 | туберкулез легких или иных локализаций? | нет | да |
| 1.7 | сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови? | нет | да |
| 1.8 | заболевания желудка и кишечника (хронический гастрит, язвенная болезнь, полипы)? | нет | да |
| 1.9 | хроническое заболевание почек? | нет | да |
| 1.10 | онкологическое заболевание? | нет | да |
| 1.11 | если «ДА», то какое _____ | | |
| **2.** | **Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников** (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет)? | нет | Да |
| **3.** | **Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования** (рак желудка, кишечника, , предстательной железы, других локализаций) **семейные полипозы?** | нет | Да |
| 3.1 | Если «ДА», то укажите какое заболевание?_____ _____ | | |
| **4.** | **Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите или при выходе 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 или без него?** | нет | Да |
| **5.** | **Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут?** | Нет / Да, исчезает самостоятельно / Да, исчезает после приема нитроглицерина | |
| **6.** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?** | нет | Да |

| | |
|---|---|
| **7.** | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** нет Да |
| **8.** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** нет да |
| **9.** | **Приходилось ли Вам вызывать скорую помощь по поводу гипертонического криза, то есть в связи с резким ухудшением самочувствия, сильной головной боли, сопровождающейся тошнотой, рвотой, из-за повышения артериального давления?** нет Да |
| **10.** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?** нет Да |
| **11.** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** нет Да |
| **12.** | **Беспокоят ли Вас следующие жалобы в любых сочетаниях: боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?** нет Да |
| **13.** | **Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?** нет Да |
| **14.** | **Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?** нет Да |
| **15.** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** нет Да |
| **16.** | **Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?** нет Да |
| **17.** | **Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)** Нет, никогда не курил Да, курю Курил в прошлом |
| 17.1 | **Если Вы курите, то сколько?** сигарет в день _____сиг/день сколько всего лет Вы курите _____лет |
| 17.2 | **Бывают ли у Вас «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания?** нет Да |
| **18.** | **Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя?** нет Да |
| **19.** | **Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя?** нет Да |
| **20.** | **Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете (употребляете алкоголь)?** нет Да |
| **21.** | **Похмеляетесь ли Вы по утрам?** нет Да |
| **22.** | **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 |
| **23.** | **Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)?** нет Да |

| | |
|---|---|
| **24.** | **Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках) или при приготовлении пищи?**<br>***нет*** ***Да*** |
| **25.** | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?**<br>нет Да |
| **26.** | **Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда или других сладостей в день?**<br>нет Да |
| **27.** | **Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию?**<br>нет Да |
| **28.** | **Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве?**<br>нет Да |
| **29.** | **Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики?**<br>нет Да |
| **30.** | **Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков?**<br>нет Да |
| **31.** | **Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков?**<br>нет Да |
| **32.** | **Испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании?**<br>нет Да |
| **33.** | **Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания?**<br>нет Да |
| **34.** | **Просыпаетесь ли Вы ночью, чтобы помочиться?**<br>нет Да |
| **34.1** | **Если «да», то сколько раз за ночь Вы встаёте, чтобы помочиться?**<br>1 раз 2 раза 3 раза 4 раза 5 и более |