**Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществе без назначения врача.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата анкетирования (дата, месяц, год): | | | |
| Ф.И.О. пациента: | | Пол: | |
| Дата рождения (дата, месяц, год): | | Полных лет: | |
| Медицинская организация: | | | |
| Должность и Ф.И.О. специалиста 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 заболевания (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 |
| 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 заболевания 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 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 55лет** 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 локализацией) 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 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?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ сигарет/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 мин 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  ( 0 баллов) | Раз в месяц и реже  ( 1 балл) | | 2-4 раза в месяц  ( 2 балла) | | 2-3 раза в неделю  ( 3 балла) | | ≥ 4 раза в месяц  ( 4 балла) | | |
| **26.** | **Какое количество алкогольных напитков (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 300мл пива. | | | | | | | | | |
| 1-2 порций  ( 0 баллов) | | 3-4 порций  ( 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 раза в месяц  ( 4 балла) | | |
| **ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы № 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 | |