**Анкета для граждан в возрасте до 65 лет**

Ф.И.О

Дата рождения

Поликлиника БУЗ УР "ГП 10 МЗ УР" возрастная категория

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 для снижения давления? | нет | да |
| **1.2** | Ишемическая болезнь сердца(стенокардия)? | нет | да |
| **1.3** | Цереброваскулярное заболевание(заболевание сосудов головного мозга)? | 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **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.** | **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)? | нет | да |
| **5.** | **Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем или в нескольких поколениях злокачественные новообразования**?(легкого,желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли др.локализаций, 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 при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущения 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?** | нет | да |
| **7.** | **Если на вопрос 6 ответ "Да", то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезает 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**  | нет | да |
| **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?** | нет | да |
| **9.** | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных 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 свистящие "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 последние 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 одной и более сигарет в день?** | нет | да |
| **20.** | **Ели Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **21.** | **Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или** до30 минут**быстром темпе( включая дорогу до места работы и обратно)?** 30 минут 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 употребляете алкогольные напитки?**Никогда Раз в месяц и реже 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 порция) 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 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 180 мл крепкого алкоголя(водки) или 600 мл сухого вина или 1,8 литра пиваНикогда Раз в месяц и реже 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 |
| **28.** | **Есть ли у Вас жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу(фельдшеру)?** | нет | да |

Дата заполнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись гражданина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_