**Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ 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** | | | | | | |  | |  |
|  | 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 хронические заболевания почек? | | | | | | | Да | | Нет |
|  | 1.9 злокачественные новообразования? | | | | | | | 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 Ваших 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** | | | | | | | | | | |

**Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление**

**хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой**

**астении**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата обследования (день, месяц, год) : | | | |
| Ф.И.О.: | | Пол: | |
| Дата рождения (день, месяц, год): | | Полных лет: | |
| Поликлиника №: | | Врач/фельдшер: | |
| **1** | **Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):** | | |
|  | 1.1 гипертоническая болезнь (повышенное артериальное  давление)? | Да | Нет |
|  | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления? | Да | Нет |
|  | 1.2.сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара)  в крови? | Да | Нет |
|  | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара? | Да | Нет |
|  | 1.3 злокачественные новообразования? | Да | Нет |
|  | Если «Да», то какое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | 1.4 повышенный уровень холестерина? | Да | Нет |
|  | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина? | Да | Нет |
|  | 1.5 перенесенный инфаркт миокарда? | Да | Нет |
|  | 1.6 перенесенный инсульт? | Да | Нет |
|  | 1.7 хронический бронхит или бронхиальная астма? | Да | Нет |
| **2** | **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 |
| **3** | **Если «Да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или через 2-5 мин после приема нитроглицерина?** | Да | Нет |
| 4 | **Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?** | Да | Нет |
| **5** | **Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** | Да | Нет |
| **6** | **Возникала у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** | Да | Нет |
| **7** | **Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?** | Да | Нет |
| **8** | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | Да | Нет |
| **9** | **Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста, при ходьбе по ровной поверхности или перелом без видимой причины, в т.ч. перелом позвонка?** | Да | Нет |
| **10** | **Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?** | Да | Нет |
| **11** | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей?** (1 порция =200 гр. овощей или = 1 фрукт среднего размера) | Да | Нет |
| **12** | **Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?** | Да | Нет |
| **13** | **Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?** | Да | Нет |
| **14** | **Были ли у Вас случаи падений за последний год?** | Да | Нет |
| **15** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?** | Да | Нет |
| **16** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?** | Да | Нет |
| **17** | **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?** | Да | Нет |
| **18** | **Страдаете ли Вы недержанием мочи?** | Да | Нет |
| **19** | **Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?** | Да | Нет |
| **20** | **Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?** | Да | Нет |
| **21** | **Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?** | Да | Нет |
| **22** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?** | Да | Нет |
| **23** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?** | Да | Нет |
| **24** | **Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?** | До 5 | 5 и более |