**АНКЕТА для граждан в возрасте 65 лет и старше**

**на выявление хронических неинфекционных заболеваний,**

**факторов риска, старческой астении**

|  |
| --- |
| Дата анкетирования (день, месяц, год)  |
| Ф.И.О. пациента: | Пол  |
| Дата рождения (день, месяц, год)  | Полных лет |
| КГБУЗ «КМБ №2»  |
| Должность и Ф.И.О., проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Говорил ли Вам врач, когда либо, что у Вас имеется:**  |
| 1.1 | Гипертоническая болезнь, повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)? | 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? Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?  | Да | Нет |
| 1.3 | Злокачественное новообразование? | 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 |
|  | **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 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 |
|  | **Если на вопрос 2 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают в течение не более чем 20 минут после прекращения ходьбы/адаптации к холоду/в тепле/в покое и (или) они исчезают через 1-5 мин после приема нитроглицерина?** | Да | Нет |
|  | **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 |
|  | **Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** | Да | Нет |
|  | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** | Да | Нет |
|  | **Бывают ли отеки на ногах к концу дня?** | Да | Нет |
|  | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?** | Да | Нет |
|  | **Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?** | Да | Нет |
|  | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** | Да | Нет |
|  | **Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита? | Да | Нет |
|  | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** | Да | Нет |
|  | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день), стаж курения\_\_\_ Количество выкуриваемых сигарет \_\_\_\_\_\_ | Да | Нет |
|  | **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 |
|  | **Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?** | Да | Нет |
|  | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?** | Да | Нет |
|  | **Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?** | Да | Нет |
|  | **Тратите ли Вы на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?** | Да | Нет |
|  | **Были ли у Вас случаи падений за последний год?** | Да | Нет |
|  | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?** | Да | Нет |
|  | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?** | Да | Нет |
|  | **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?** | Да | Нет |
|  | **Страдаете ли Вы недержанием мочи?** | Да | Нет |
|  | **Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?** |  |  |
|  | **Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?** | Да | Нет |
|  | **Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?** | Да | Нет |
|  | **Если Вы похудели, считаете ли Вы что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?** | Да | Нет |
|  | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?** | Да | Нет |
|  | **Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?** | До 5 | 5 и более |
|  | **Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)** | Да | Нет |

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_