**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 анкетирования (день, месяц, год): | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Ф.И.О. пациента: | | | | | | | | | | | | | | Пол | | | |
| Дата рождения (день, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | Полных лет: | | | |
| КГБУЗ «КМБ №2» | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Должность и Ф.И.О. медицинского работника , 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)? | | | | | | | | | | | | | 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 | хроническое заболевание 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 | |
|  | **Был ли у Вас инфаркт миокарда?** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | |
|  | **Был ли у Вас инсульт?** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | |
|  | **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 | |
|  | **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 локализаций) или полипоз желудка семейный аденоматоз/диффузный полипоз толстой кишки? (нужное подчеркнуть) | | | | | | | | | | | | | 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 или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке?** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | |
|  | **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 | |
|  | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно 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 | |
|  | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных 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 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 | |
|  | **Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | |
|  | **Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин** (т.е. без соблюдения диеты, или увеличения физической активности и пр.)? | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | |
|  | **Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | |
|  | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | |
|  | **Курите ли Вы?** (курение - 1 и более сигарет в день) | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | |
|  | **Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете? \_\_\_\_\_\_\_\_\_** сиг/день | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **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 | |
|  | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | |
|  | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | |
|  | **Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?** | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | |
|  | **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) | | | | |
|  | **Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) Вы выпиваете обычно за один раз?**  1 порция равна 12мл чистого этанола ИЛИ 30мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100мл сухого вина ИЛИ 300мл 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) | | | | | |
|  | **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_