

**Анкета для граждан в возрасте до 75 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:	
<b>1</b>	<b>Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется</b>		
	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
<b>2</b>	<b>Был ли у Вас инфаркт миокарда?</b>	Да	Нет
<b>3</b>	<b>Был ли у Вас инсульт?</b>	Да	Нет
<b>4</b>	<b>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)?</b>	Да	Нет
<b>5</b>	<b>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)</b>	Да	Нет
<b>6</b>	<b>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?</b>	Да	Нет
<b>7</b>	<b>Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущения) в течение 10 минут? (нужное подчеркнуть)</b>		
	Да, исчезает самостоятельно	Да, исчезает после приема нитроглицерина	Нет
<b>8</b>	<b>Возникла 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</b>	Да	Нет

	<b>удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?</b>				
9	<b>Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?</b>				Да Нет
10	<b>Возникла ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?</b>				Да Нет
11	<b>Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?</b>				Да Нет
12	<b>Бывают ли у Вас свистящие «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без?</b>				Да Нет
13	<b>Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?</b>				Да Нет
14	<b>Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?</b>				Да Нет
15	<b>Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?</b>				Да Нет
16	<b>Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?</b>				Да Нет
17	<b>Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?</b>				Да Нет
18	<b>Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?</b>				Да Нет
19	<b>Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)</b>				Да Нет
20	<b>Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?</b> _____ сиг/день				
21	<b>Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?</b>				До 30 минут 30 минут и более
22	<b>Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)?</b>				Да Нет
23	<b>Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?</b>				Да Нет
24	<b>Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?</b>				Да Нет
25	<b>Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?</b>				
	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	<b>Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз?</b>				
	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	<b>Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций?</b>				
	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)
<b>ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна _____ баллов</b>					

**1. Анкета для граждан в возрасте 75 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:	
<b>1</b>	<b>Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):</b>		
	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?	Да	Нет
	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
<b>2</b>	<b>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?</b>	Да	Нет
<b>3</b>	<b>Если «Да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или через 2-5 мин после приема нитроглицерина?</b>	Да	Нет
<b>4</b>	<b>Возникла ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?</b>	Да	Нет
<b>5</b>	<b>Возникло ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?</b>	Да	Нет
<b>6</b>	<b>Возникла у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?</b>	Да	Нет
<b>7</b>	<b>Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?</b>	Да	Нет
<b>8</b>	<b>Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)</b>	Да	Нет
<b>9</b>	<b>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?</b>	Да	Нет
<b>10</b>	<b>Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?</b>	Да	Нет
<b>11</b>	<b>Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей? (1 порция =200 гр. овощей или = 1 фрукт среднего размера)</b>	Да	Нет
<b>12</b>	<b>Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые,</b>	Да	Нет

	<b>молочные продукты) 3 раза или более в неделю?</b>		
<b>13</b>	<b>Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?</b>	Да	Нет
<b>14</b>	<b>Были ли у Вас случаи падений за последний год?</b>	Да	Нет
<b>15</b>	<b>Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?</b>	Да	Нет
<b>16</b>	<b>Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?</b>	Да	Нет
<b>17</b>	<b>Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?</b>	Да	Нет
<b>18</b>	<b>Страдаете ли Вы недержанием мочи?</b>	Да	Нет
<b>19</b>	<b>Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъём на 1 лестничный пролет?</b>	Да	Нет
<b>20</b>	<b>Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?</b>	Да	Нет
<b>21</b>	<b>Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?</b>	Да	Нет
<b>22</b>	<b>Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?</b>	Да	Нет
<b>23</b>	<b>Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?</b>	Да	Нет
<b>24</b>	<b>Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?</b>	До 5	5 и более