**Анкета для граждан в возрасте до 75 лет**

Форма 1

Дата обследования (день, месяц, год) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения (день, месяц, год) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Полных лет \_\_\_\_\_\_

Поликлиника № \_\_\_\_

Врач-терапевт участковый /врач общей практики (семейный врач)/фельдшер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.1 | повышенное артериальное давление? | нет | да |  |
| 1.2 | ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? | нет | да |  |
| 1.3 | ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда? | нет | да |  |
| 1.4 | цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный | нет | да |  |
|  | инсульт)? |  |
|  |  |  |  |
| 1.5 | хроническое бронхо-легочное заболевание? | нет | да |  |
| 1.6 | туберкулез легких или иных локализаций? | нет | да |  |
| 1.7 | сахарный диабет или повышенный уровень сахара в | нет | да |  |
|  | крови? |  |
|  |  |  |  |
| 1.8 | заболевания желудка и кишечника | нет | да |  |
|  | (хронический гастрит, язвенная болезнь, полипы)? |  |
|  |  |  |  |
| 1.9 | хроническое заболевание почек? | нет | да |  |
| 1.10 | онкологическое заболевание? | нет | да |  |
| 1.11 | если «ДА», то какое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |

1. **Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников** (матери или родныхсестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет)?

нет Да

1. **Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования** (рак желудка,кишечника,,

предстательной железы, других локализаций) **семейные полипозы?**

нет Да

1. Если «ДА», то укажите какое заболевание?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль, ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки с распространением в левую руку или без него?**

нет Да

1. **Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нет | Да, исчезает | Да, исчезает после приема |
|  | самостоятельно | нитроглицерина |

1. **Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?**

нет Да

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7.** | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без понятных причин кратковременное онемение в** | | | | | | | | |
|  | **одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** | | | | |  | |  | |
|  |  | | |  | | нет | | Да | |
| **8.** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | нет | | да | |
| **9.** | **Приходилось ли Вам вызывать скорую помощь по поводу гипертонического криза, то есть в** | | | | | | | | |
|  | **связи с резким ухудшением самочувствия, сильной головной боли, сопровождающейся** | | | | | | | | |
|  | **тошнотой, рвотой, из-за повышения артериального давления?** | | | | | | |  | |
|  |  | | |  | | нет | | Да | |
| **10.** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на** | | | | | | | | |
|  | **протяжении примерно 3-х месяцев в году?** | | | | |  | |  | |
|  |  | | |  | | нет | | Да | |
| **11.** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** | | | | |  | |  | |
|  |  | | |  | | нет | | Да | |
| **12.** | **Беспокоят ли Вас следующие жалобы в любых сочетаниях: боли в области верхней части** | | | | | | | | |
|  | **живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?** | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | нет | | Да | |
| **13.** | **Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или** | | | | | | | | |
|  | **увеличения физической активности и пр.)?** | | | | |  | |  | |
|  |  | | |  | | нет | | Да | |
| **14.** | **Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?** | | | | | | |  | |
|  |  | | |  | | нет | | Да | |
| **15.** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** | | | | |  | |  | |
|  |  | | |  | | нет | | Да | |
| **16.** | **Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?** | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | нет | | Да | |
| **17.** | **Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)** | | | | |  | |  | |
|  |  | | | Нет, никогда не курил | | Да, курю | | Курил в прошлом | |
| 17.1 | **Если Вы курите, то сколько?** | | |  | |  | |  | |
|  | сигарет в день \_\_\_\_\_\_\_\_\_сиг/день | | | сколько всего лет Вы курите \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_лет | | | | | |
| 17.2 | **Бывают ли у Вас «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания?** | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | нет | | Да | |
| **18.** | **Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя?** | | | | | | |  | |
|  |  | | |  | | нет | | Да | |
| **19.** | **Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя?** | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | нет | | Да | |
| **20.** | **Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете (употребляете алкоголь)?** | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | нет | | Да | |
| **21.** | **Похмеляетесь ли Вы по утрам?** | | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | | нет | | Да | |
| **22.** | **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 | |
| **23.** | **Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций)** | | | | | | |  | |
|  | **фруктов и овощей (не считая картофеля)?** | | | | | нет | | Да | |
| **24.** | **Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках) или при приготовлении пищи*? нет Да*** | | | | | | |  | |
|  | | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?** | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | нет | | Да | |
| **26.** | | **Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара,** | | | | | | | **варенья, меда или других** | |
|  | | **сладостей в день?** |  | |  | |  | |  | |
|  | |  |  | |  | | нет | | Да | |
| **27.** | | **Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться,** | | | | | | | | |
|  | | **почувствовать себя лучше или вписаться в компанию?** | | | | | | |  | |
|  | |  |  | |  | | нет | | Да | |
| **28.** | | **Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве?** | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | нет | | Да | |
| **29.** | | **Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики?** | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | нет | | Да | |
| **30.** | | **Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы,** | | | | | | |  | |
|  | | **связанные с употреблением наркотиков?** | | | | |  | |  | |
|  | |  |  | |  | | нет | | Да | |
| **31.** | | **Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков?** | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | нет | | Да | |
| **32.** | | **Испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании?** | | | | | | |  | |
|  | |  |  | |  | | нет | | Да | |
| **33.** | | **Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания?** | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | нет | | Да | |
| **34.** | | **Просыпаетесь ли Вы ночью, чтобы помочиться?** | | | | |  | |  | |
|  | |  |  | |  | | нет | | Да | |
| **34.1** | | **Если «да», то сколько раз за ночь Вы встаёте, чтобы помочиться?** | | | | | | |  | |
|  | | 1 раз | 2 раза | | 3 раза | | 4 раза | | 5 и более | |