Анкета для граждан в возрасте до 65 лет

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата анкетирования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Поликлиника БУЗ УР «Якшур-Бодьинская РБ МЗ УР»

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется |
| 1.1 | гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление? | нет | Да |
|  | если "ДА", то принимаете ли Вы препараты для снижения давления? | нет | Да |
| 1.2 | ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? | нет | да |
| 1.3 | цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)? | нет | Да |
| 1.4 | хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)? | нет | да |
| 1.5 | туберкулез легких или иных локализаций? | нет | да |
| 1.6 | сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови? | нет | да |
|  | если "ДА", то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара? | нет | да |
| 1.7 | заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)? | нет | да |
| 1.8 | хроническое заболевание почек? | нет | Да |
| 1.9 | злокачественное новообразование? | нет | Да |
|  | если "ДА", то какое |
| 1.10 | повышенный уровень холестерина? | нет | да |
|  | если "ДА", то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина? | нет | Да |
| 2. | Был ли у Вас инфаркт миокарда? | нет | Да |
| 3. | Был ли у Вас инсульт? | нет | да |
| 4. | Были ли инфаркт миокарда или инсульту 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)? | нет | да |
| 5. | Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования?(желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли др. локализаций, полипоз желудка, кишечника, семейный аденоматоз (диффузный полипоз) толстой кишки) | нет | да |
| 6. | 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? | нет | да |
| 7. | Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут?нет да, исчезает самостоятельно да, исчезает после приема нитроглицерина |
| 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? | нет | да |
| 9. | Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка? | нет | да |
| 10. | Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз? | нет | да |
| 11. | Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году? | нет | да |
| 12. | Бывают ли у Вас свистящие "хрипы" или "свисты" в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без? | нет | да |
| 13. | Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье? | нет | да |
| 14. | Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита? | нет | да |
| 15. | Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул? | нет | да |

Врач-терапевт участковый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 16. | Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)? | нет | да |
| 17. | Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия? | нет | да |
| 18. | Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом? | нет | да |
| 19. | Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день) | нет | да |
| 20. | Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете? |
| 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)? |
| 23. | Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее? | нет | да |
| 24. | Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача? | нет | да |
| 25. | Как часто употребляете алкогольные напитки?Никогда Раз в месяц и реже 2-4 раза в месяц 2-3 раза в неделю (0 баллов) (1 балл) (2 балла) (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 сухового вина или 300 мл пива1-2 порции 3-4 порции 5-6 порций 7-9 порций >=10 порций (0 баллов) (1 балл) (2 балла) (3 балла) (4 балла) |
| 27. | Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций?6 порций равны или 180мл крепкого алкоголя (водки) или 600 мл сухового вина или 1,8 литра пиваНикогда Раз в месяц и реже 2-4 раза в месяц 2-3 раза в неделю >=4 раз в неделю (0 баллов) (1 балл) (2 балла) (3 балла) (4 балла) |
|  | Общая сумма баллов в ответах на вопоосы №№25-27 равна баллов |  |