Анкета для граждан в возрасте до 75 лет

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | |
|  | | | | |
| 25. | | 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 | | |

Анкета для граждан в возрасте 75 лет и старше

Форма 3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Дата обследования (день, месяц, год) | | |
| Ф.И.О. Пол | | |
| Дата рождения (день, месяц, год) Полных лет | | |
| \_ Врач-терапевт участковый /врач общей практики (семейный Поликлиника №  врач)/фельдшер | | |
| 1. | Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния): | | |
| повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)? | да | Нет |
| ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? | да | Нет |
| сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови? | да | Нет |
| онкологическое злокачественное заболевание (если «ДА» указать, какое)? | да | Нет |
| перенесенный инфаркт миокарда? | да | Нет |
| перенесенный инсульт? | да | Нет |
|  | хроническое бронхо-легочное заболевание | да | Нет | |
|  | хроническое заболевание почек | да | Нет | |
| 2. | Возникает ли у Вас во время ходьбы или волнения жгущая, давящая, сжимающая боль за грудиной, в левой половине грудной клетки, в левом плече или руке? | да | нет | |
| 3. | Если «да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или после приема нитроглицерина | да | Нет | |
| 4. | 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 | |
| 5. | Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка? | да | Нет | |
| 6. | Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз? | да | Нет | |
| 7. | Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня? | да | Нет | |
| 8. | Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день) | да | нет | |
| 9. | Были ли у Вас случаи падений за последний год более 2 раз? | да | Нет | |
| 10. | Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста при ходьбе по ровной поверхности или спонтанный перелом (без видимой причины), в т.ч. перелом позвонка? | да | Нет | |
| 11. | Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы ? | да | Нет | |
| 12. | Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время? | да | Нет | |
| 12.1 | Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдения диеты или увеличением физической активности? | да | Нет | |
| 12.2 | Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита? | да | Нет | |
| 13. | Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения? | да | Нет | |
| 14. | Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха? | да | Нет | |
| 15. | Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время? | да | Нет | |
| 16. | Есть ли у Вас проблемы с памятью, существенно мешающие Вам в повседневной жизни? | да | Нет | |
| 17. | Страдаете ли Вы недержанием мочи? | да | Нет | |
| 18. | Имеете ли Вы привычку досаливать приготовленную пищу, не пробуя ее? | да | Нет | |
| 19. | Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей (1 порция =200 гр. овощей или =1 фрукту среднего размера)?: | да | Нет | |
| 20. | Ограничиваите ли Вы потребление пищи с высоким содержанием холестерина (сливочное масло, сало, жирные сорта мяса, печень, яица птицы и др.) | да | Нет | |
| 21. | Употребляете ли Вы рыбу 2 раза или более в неделю | да | Нет | |
| 22. | Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю | да | Нет | |
| 23. | Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу 30 минут и более? | да | Нет | |

приказу МЗ РФ № 240 от 14 мая 2015г.