|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных**  **заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и**  **психотропных веществе без назначения врача**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Дата анкетирования (день, месяц, год): | | | | | Ф.И.О.: | | Пол: | | | Дата рождения (день, месяц, год): | | Полных лет: | | | Медицинская организация: ГУЗ «Заокская центральная районная больница» | | | | | Должность и Ф.И.О. медицинского работника, проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам: Богачева Людмила Николаевна, медицинская сестра. | | | | | 1. | 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 | | 2. | Был ли у Вас инфаркт миокарда? | Да | Нет | | 3. | Был ли у Вас инсульт? | Да | Нет | | 4. | 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 | | 5. | 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 | | 6. | 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, тяжести или явного дискомфорта за грудиной и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке? | Да | Нет | | 7. | 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 | | **Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных**  **заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и**  **психотропных веществе без назначения врача**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Дата анкетирования (день, месяц, год): | | | | | Ф.И.О.: | | Пол: | | | Дата рождения (день, месяц, год): | | Полных лет: | | | Медицинская организация: ГУЗ «Заокская центральная районная больница» | | | | | Должность и Ф.И.О. медицинского работника, проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам: Богачева Людмила Николаевна, медицинская сестра. | | | | | 1. | 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 | | 2. | Был ли у Вас инфаркт миокарда? | Да | Нет | | 3. | Был ли у Вас инсульт? | Да | Нет | | 4. | 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 | | 5. | 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 | | 6. | 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, тяжести или явного дискомфорта за грудиной и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке? | Да | Нет | | 7. | 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 | |  |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **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?** | | | | Да | Нет | | **9.** | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** | | | | Да | Нет | | **10.** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** | | | | Да | Нет | | **11.** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?** | | | | Да | Нет | | **12.** | **Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?** | | | | Да | Нет | | **13.** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** | | | | Да | Нет | | **14.** | **Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита**?** | | | | Да | Нет | | **15.** | **Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?** | | | | Да | Нет | | **16.** | **Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин** (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)? | | | | Да | Нет | | **17.** | **Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?** | | | | Да | Нет | | **18.** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** | | | | Да | Нет | | **19.** | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | | | | Да | Нет | | **20.** | **Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?** сиг/день | | | | | | | **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.** | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?** | | | | Да | Нет | | **23.** | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?** | | | | Да | Нет | | **24** | **Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?** | | | | Да | Нет | | **25.** | **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) | | | **26.** | **Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз?**  1 порция равна 12 мл чистого этанола 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.** | **Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порц**  6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛ | | | **ий?**  И 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** | | | | | | | | **28.** | Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру) | | | Да | Нет | | | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **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?** | | | | Да | Нет | | **9.** | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** | | | | Да | Нет | | **10.** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** | | | | Да | Нет | | **11.** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?** | | | | Да | Нет | | **12.** | **Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?** | | | | Да | Нет | | **13.** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** | | | | Да | Нет | | **14.** | **Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита**?** | | | | Да | Нет | | **15.** | **Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?** | | | | Да | Нет | | **16.** | **Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин** (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)? | | | | Да | Нет | | **17.** | **Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?** | | | | Да | Нет | | **18.** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** | | | | Да | Нет | | **19.** | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | | | | Да | Нет | | **20.** | **Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?** сиг/день | | | | | | | **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.** | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?** | | | | Да | Нет | | **23.** | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?** | | | | Да | Нет | | **24** | **Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?** | | | | Да | Нет | | **25.** | **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) | | | **26.** | **Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз?**  1 порция равна 12 мл чистого этанола 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.** | **Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порц**  6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛ | | | **ий?**  И 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** | | | | | | | | **28.** | Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру) | | | Да | Нет | | |  |