|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Анкета для граждан в возрасте** 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении | | | | | | | Дата анкетирования (день, месяц, год) | | | | | | | Ф.И.О. пациента | | Пол | | | | | Дата рождения (день, месяц, год) | | Полных лет | | | | | Медицинская организация: **ГУЗ «Заокская центральная районная больница»** | | | | | | | Должность и Ф.И.О. медицинского работника, проводившего 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 (артериальная гипертония)? | | Да | Нет | | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления? | | Да | Нет | | 1.2. | сахарный диабет или повышенный уровень 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 | | **2.** | **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 | | **3.** | **Если на вопрос 2 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или в течение не более 20 минут после прекращения ходьбы/адаптации к холоду/в тепле/в покое и (или) они исчезают через 1-5 минут 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 когда-либо внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы, языка?** | | Да | Нет | | **6.** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная потеря зрения на один глаз?** | | Да | Нет | | **7.** | Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня? | | Да | Нет | | **8.** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?** | | Да | Нет | | **9.** | **Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?** | | Да | Нет | | **10.** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** | | Да | Нет | | **11.** | Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота **(в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?** | | Да | Нет | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Анкета для граждан в возрасте** 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении | | | | | | | Дата анкетирования (день, месяц, год) | | | | | | | Ф.И.О. пациента | | Пол | | | | | Дата рождения (день, месяц, год) | | Полных лет | | | | | Медицинская организация: **ГУЗ «Заокская центральная районная больница»** | | | | | | | Должность и Ф.И.О. медицинского работника, проводившего 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 (артериальная гипертония)? | | Да | Нет | | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления? | | Да | Нет | | 1.2. | сахарный диабет или повышенный уровень 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 | | **2.** | **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 | | **3.** | **Если на вопрос 2 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или в течение не более 20 минут после прекращения ходьбы/адаптации к холоду/в тепле/в покое и (или) они исчезают через 1-5 минут 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 когда-либо внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы, языка?** | | Да | Нет | | **6.** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная потеря зрения на один глаз?** | | Да | Нет | | **7.** | Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня? | | Да | Нет | | **8.** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?** | | Да | Нет | | **9.** | **Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?** | | Да | Нет | | **10.** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** | | Да | Нет | | **11.** | Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота **(в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?** | | Да | Нет | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **12.** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** | Да | Нет | | **13.** | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | Да | Нет | | **14.** | **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?** | Да | Нет | | **15.** | **Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?** | Да | Нет | | **16.** | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?** | Да | Нет | | **17.** | **Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?** | Да | Нет | | **18.** | **Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?** | Да | Нет | | **19.** | **Были ли у Вас случаи падений за последний год?** | Да | Нет | | **20.** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?** | Да | Нет | | **21.** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?** | Да | Нет | | **22.** | **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?** | Да | Нет | | **23.** | **Страдаете ли Вы недержанием мочи?** | Да | Нет | | **24.** | **Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?** | Да | Нет | | **25.** | **Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?** | Да | Нет | | **26.** | **Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?** | Да | Нет | | **27.** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?** | Да | Нет | | **28.** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?** | Да | Нет | | **29.** | **Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?** | До 5 | 5 и более | | **30.** | **Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)** | Да | Нет | | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **12.** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** | Да | Нет | | **13.** | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | Да | Нет | | **14.** | **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?** | Да | Нет | | **15.** | **Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?** | Да | Нет | | **16.** | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?** | Да | Нет | | **17.** | **Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?** | Да | Нет | | **18.** | **Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?** | Да | Нет | | **19.** | **Были ли у Вас случаи падений за последний год?** | Да | Нет | | **20.** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?** | Да | Нет | | **21.** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?** | Да | Нет | | **22.** | **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?** | Да | Нет | | **23.** | **Страдаете ли Вы недержанием мочи?** | Да | Нет | | **24.** | **Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?** | Да | Нет | | **25.** | **Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?** | Да | Нет | | **26.** | **Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?** | Да | Нет | | **27.** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?** | Да | Нет | | **28.** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?** | Да | Нет | | **29.** | **Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?** | До 5 | 5 и более | | **30.** | **Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)** | Да | Нет | |