

## Анкета для граждан в возрасте до 75 лет

Дата обследования: 0 \_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_

Дата рождения: 0 \_\_\_\_\_

Полных лет: \_\_\_\_\_

Поликлиника № \_\_\_\_\_

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

1	<b>Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется:</b>		
1.1	повышенное артериальное давление?	Да	Нет
1.2	ишемическая болезнь сердца (стенокардия) ?	Да	Нет
1.3	ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда) ?	Да	Нет
1.4	цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)?	Да	Нет
1.5	хроническое бронхо-легочное заболевание?	Да	Нет
1.6	туберкулез легких или иных заболеваний?	Да	Нет
1.7	сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	Нет
1.8	заболевание желудка и кишечника (хронический гастрит, язвенная болезнь, полипы)?	Да	Нет
1.9	хроническое заболевание почек?	Да	Нет
1.10	онкологическое заболевание?	Да	Нет
1.11	если "ДА" то какое? _____		
2	Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет)?	Да	Нет
3	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?	Да	Нет
3.1	если "ДА" то укажите какое заболевание? _____		
4	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?	Да	Нет
5	Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течении примерно 10 минут ?	Да	Нет
6	Возникало ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?	Да	Нет
7	Возникало ли у Вас когда либо внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица?	Да	Нет
8	Возникало ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	Да	Нет
9	Возникало ли у Вас когда-либо внезапно резкое головокружение или неустойчивость при ходьбе, в связи с чем Вы не могли идти, были вынуждены лечь в постель, обратиться за посторонней помощью (вызвать бригаду скорой помощи)?	Да	Нет
10	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?	Да	Нет
11	Бывало ли у Вас кровохаркание?	Да	Нет
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?	Да	Нет

13	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?	Да	Нет			
14	Бывают ли у Вас боли в области заднепроходного отверстия?	Да	Нет			
15	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?	Да	Нет			
16	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?	Да	Нет			
17	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	Да	Нет			
18	Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя?	Да	Нет			
19	Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя?	Да	Нет			
20	Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете (употребляете алкоголь)?	Да	Нет			
21	Похмеляетесь ли Вы по утрам?	Да	Нет			
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)?	Да	Нет			
24	Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках) или при приготовлении пищи?	Да	Нет			
25	Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя её?	Да	Нет			
26	Потребляете ли Вы 6 и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда или других сладостей в день?	Да	Нет			
27	Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию?	Да	Нет			
28	Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве?	Да	Нет			
29	Употребляете ли Вы или кто-нибудь из ваших близких друзей алкоголь или наркотики?	Да	Нет			
30	Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков?	Да	Нет			
31	Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя и наркотиков?	Да	Нет			
32	Испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании?	Да	Нет			
33	Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания?	Да	Нет			
34	Просыпаетесь ли Вы ночью, чтобы помочиться?	Да	Нет			
35	Если "ДА", то сколько раз за ночь Вы встаете, чтобы помочиться?	1 раз	2 раза	3 раза	4 раза	5 раз и более