**Анкета**

**на выявление хронических неинфекционных заболеваний,**

**факторов риска их развития**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Дата обследования (день, месяц, год) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | Дата рождения (день, месяц, год) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Полных лет \_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | Поликлиника №\_\_\_\_\_\_ | | Участковый врач/врач общей практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас повышенное артериальное давление? | | | | | | |
|  | нет | | | да | |  | |
|  | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? | | | | | | |
|  | нет | | | да | |  | |
|  | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда)? | | | | | | |
|  | нет | | | да | |  | |
|  | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)? | | | | | | |
|  | нет | | | да | |  | |
|  | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется сахарный диабет? | | | | | | |
|  | нет | | | да | |  | |
|  | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеются заболевания желудка и кишечника (хронический гастрит, язвенная болезнь, полипы)? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется заболевание почек? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется онкологическое заболевание? | | | | | | |
|  | нет | | | да | |  | |
|  | если «ДА», то какое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется туберкулез легких? | | | | | | |
|  | нет | | | да | |  | |
|  | Был ли инфаркт миокарда у Ваших близких родственников ( матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет) | | | | | | |
|  | нет | | | да | | не знаю | |
|  | Был ли инсульт у Ваших близких родственников ( матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет) | | | | | | |
|  | нет | | | да | | не знаю | |
|  | Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования (рак желудка, кишечника, семейные полипозы) | | | | | | |
|  | Нет | | | да | | не знаю | |
|  | Возникает ли у Вас, когда Вы поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите или выходите 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? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | | Принимаю нитроглицерин | |
|  | Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге, или руке и ноге одновременно? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Возникало ли у Вас когда-либо внезапно кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | 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)? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Бывало ли у Вас кровохарканье? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты, или увеличения физической активности и пр.)? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Курите ли Вы? (курение - 1 и более сигарет в день) | | | | | | |
|  | Нет | | | да | | Курил в прошлом | |
|  | Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Похмеляетесь ли Вы по утрам? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля) | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках, упаковках) или при приготовлении? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда и других сладостей в день? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
| 41 | Испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
| 42 | Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
| 43 | Просыпаетесь ли Вы ночью, чтобы помочиться? | | | | | | |
|  | Нет | | | да | |  | |
|  | Если «да», то сколько раз за ночь Вы встаете, чтобы помочиться? | | | | | | |
|  | 1 раз | 2 раза | | 3 раза | 4 раза | 5 и более |  |