

**Анкета для граждан в возрасте до 75 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача**

<b>Ф.И.О., адрес:</b>			
Дата обследования (день, месяц, год):			Пол:
Дата рождения (день, месяц, год):			Полных лет:
<b>1</b>	<b>Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?</b>	Да	Нет
<b>2</b>	<b>Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?</b>	Да	Нет
<b>3</b>	<b>Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?</b>	Да	Нет
<b>4</b>	<b>Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?</b>	Да	Нет
<b>5</b>	<b>Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?</b>	Да	Нет
<b>6</b>	<b>Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется туберкулез (легких или иных локализаций)?</b>	Да	Нет
<b>7</b>	<b>Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?</b>	Да	Нет
<b>8</b>	<b>Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?</b>	Да	Нет
<b>9</b>	<b>Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?</b>	Да	Нет
<b>10</b>	<b>Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется хроническое заболевание почек?</b>	Да	Нет
<b>11</b>	<b>Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется Онкологическое заболевание? Если «Да», то какое?</b>	Да	Нет
<b>12</b>	<b>Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется повышенный уровень холестерина?</b>	Да	Нет
<b>13</b>	<b>Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?</b>	Да	Нет
<b>14</b>	<b>Был ли у Вас инфаркт миокарда?</b>	Да	Нет
<b>15</b>	<b>Был ли у Вас инсульт?</b>	Да	Нет
<b>16</b>	<b>Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваш их близких родственников в молодом или среднем возрасте (до 65 лет у матери или родных сестер или до 55 лет у отца или родных братьев)?</b>	Да	Нет
<b>17</b>	<b>Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования (рак желудка, кишечника, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или семейный аденоматоз диффузный полипоз) толстой кишки? (нужное подчеркнуть)</b>	Да	Нет
<b>18</b>	<b>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 или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку или без него?</b>	Да	Нет
<b>19</b>	<b>Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущения) в течение 10 минут? (нужное подчеркнуть)</b>		

	Да, исчезает самостоятельно	Да, исчезает после приема нитроглицерина	Нет		
20	Возникла ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная <b>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, пройти по комнате?</b>			Да	Нет
21	Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?			Да	Нет
22	Возникла ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?			Да	Нет
23	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?			Да	Нет
24	Бывают ли у Вас свистящие «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без?			Да	Нет
25	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?			Да	Нет
26	Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?			Да	Нет
27	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?			Да	Нет
28	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?			Да	Нет
29	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?			Да	Нет
30	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?			Да	Нет
31	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)			Да	Нет
				Курил в прошлом	
32	Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете? Сигарет _____ в день				
33	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
32	Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)?			Да	Нет
35	Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?			Да	Нет
36	Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?			Да	Нет
37	Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?			Да	Нет
	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)
38	Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз? 1 порция равна 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)
39	Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций? 6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 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)