|  |  |
| --- | --- |
| **Углубленная диспансеризация** | |
| **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. пациента: | Пол: |
| Дата рождения(день, месяц, год): | Полных лет: |
| Медицинская организация: **государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области "Кочковская центральная районная больница"** | Врач/Фельдшер: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 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 |
| Если «Да», то что? | Инфаркт миокарда;  Мозговой инсульт |
| 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? | Да;  Нет |
| Если «Да», то какие? | Злокачественное новообразование легкого;  Злокачественное новообразование желудка;  Злокачественное новообразование кишечника;  Злокачественное новообразование толстой или прямой кишки;  Злокачественное новообразование предстательной железы;  Злокачественное новообразование молочной железы;  Злокачественное новообразование матки;  Опухоли других локализаций;  Полипоз желудка;  Семейный аденоматоз/диффузный полипоз толстой кишки |
| 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) влевой руке? | Нет;  Да, за грудиной;  Да, в левой половине грудной клетки;  Да, в левом плече;  Да, в левой руке |
| 7. Если на вопрос 6 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или через 5-10 мин после прекращения ходьбы/адаптации к холоду и (или) 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? |  |
| 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 2 и более порции фруктов или овощей? (1 порция фруктов =200 г. 1 порция овощей не считая картофеля = 200 г.) | 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;  Раз в месяц и реже;  2-4 раза в месяц;  2-3 раза в неделю;  4 раз в неделю или больше |
| 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;  3-4 порции;  5-6 порций;  7-9 порций;  10 порций или больше |
| 27. 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;  Раз в месяц и реже;  2-4 раза в месяц;  2-3 раза в неделю;  4 раз в неделю и больше |
| 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 |
| **ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна** | |