**Заполните анкету и пришлите на электронную почту**

**callcenter1-20-30@mail.ru**

**Укажите Ваш контактный телефон - пакет документов будет сформирован заранее.**

 **Просто, удобно, быстро!**

**Анкета на выявление ХНИЗ, факторов риска их развития, риска потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача**

**Анкета для граждан в возрасте до 75 лет**

|  |
| --- |
| дата обследования (день, месяц, год) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол\_\_\_\_\_\_\_ Телефон:Андрес: |
| дата рождения (день, месяц, год) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Полных лет \_\_\_\_\_\_  |
| Поликлиника № \_\_\_\_ Врач-терапевт участковый /врач общей практики (семейный врач)/фельдшер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

1. **Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.1  | повышенное артериальное давление?  | нет  | да  |
| 1.2  | ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?  | нет  | да  |
| 1.3  | ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда?  | нет  | да  |
| 1.4  | цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)?  | нет  | да  |
| 1.5  | хроническое бронхо-легочное заболевание?  | нет  | да  |
| 1.6  | туберкулез легких или иных локализаций?  | нет  | да  |
| 1.7  | сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?  | нет  | да  |
| 1.8  | заболевания желудка и кишечника (хронический гастрит, язвенная болезнь, полипы)?  | нет  | да  |
| 1.9  | хроническое заболевание почек?  | нет  | да  |
| 1.10  | онкологическое заболевание?  | нет  | да  |
| 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)?  |
|  | Нет Да  |
| **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?**  |
|  | Нет Да |
| 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?**  |
|  | Нет Да |
| **5.** | **Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут?**  |
|  | Нет да, исчезает самостоятельно да, исчезает после приема нитроглицерина |
| **6.** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?**  |
|  | Нет Да |

|  |  |
| --- | --- |
| **7.** | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?**  |
|  | Нет Да |
| **8.** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?**  |
|  | Нет Да |
| **9.** | **Приходилось ли Вам вызывать скорую помощь по поводу гипертонического криза, то есть в связи с резким ухудшением самочувствия, сильной головной боли, сопровождающейся тошнотой, рвотой, из-за повышения артериального давления?**  |
|  | Нет Да |
| **10.** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?**  |
|  | Нет Да |
| **11.** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?**  |
|  | Нет Да |
| **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?**  |
|  | Нет Да |
| **13.** | **Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?**  |
|  | Нет Да |
| **14.** | **Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?**  |
|  | Нет Да |
| **15.** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?**  |
|  | Нет Да |
| **16.** | **Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?**  |
|  | Нет Да |
| **17.**  | **Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)**  |
|  | Нет, никогда не курил Да, курю Курил в прошлом |
| 17.1  | **Если Вы курите, то сколько?**  |
|  | Сигарет в день \_\_\_\_\_\_\_\_\_сиг/день сколько всего лет Вы курите \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_лет  |
| 17.2  | **Бывают ли у Вас «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания?**  |
|  | Нет Да |
| **18.** | **Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя?**  |
|  | Нет Да |
| **19.**  | **Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя?**  |
|  | Нет Да |
| **20.**  | **Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете (употребляете алкоголь)?**  |
|  | Нет Да |
| **21.**  | **Похмеляетесь ли Вы по утрам?**  |
|  | Нет Да |
| **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)?**  |
|  | Нет Да |
| **24.**  | **Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках) или при приготовлении пищи?**  |
|  | Нет Да |
| **25.**  | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?**  |
|  | Нет Да |
| **26.**  | **Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда или других сладостей в день?**  |
|  | Нет Да |
| **27.**  | **Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию?**  |
|  | Нет Да |
| **28.**  | **Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве?**  |
|  | Нет Да |
| **29.**  | **Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики?**  |
|  | Нет Да |
| **30.**  | **Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков?**  |
|  | Нет Да |
| **31.**  | **Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков?**  |
|  | Нет Да |
| **32.**  | **Испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании?**  |
|  | Нет Да |
| **33.**  | **Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания?**  |
|  | Нет Да |
| **34.**  | **Просыпаетесь ли Вы ночью, чтобы помочиться?**  |
|  | Нет Да |
| **34.1**  | **Если «да», то сколько раз за ночь Вы встаёте, чтобы помочиться?**  |
|  | 1 раз 2 раза 3 раза 4 раза 5 и более |