3 Приложение № 6

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

**форма 1 - анкета для граждан в возрасте до 75 лет; форма 2 - правила вынесения заключений по анкете для граждан до 75 лет; форма 3 - анкета для граждан 75 лет и старше; форма 4 - правила вынесения заключений по анкете для граждан 75 лет и старше**

Анкета для граждан в возрасте до 75 лет

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата обследования (день, месяц, год)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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.** | **Был ли инсульт у Ваших близких родственников** (матери/родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет)? | Нет | Да |
| **4.** | 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 |
| 4.1**.** | Если «ДА», то укажите какое заболевание? | | |
| **5.** | 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 |
| **6.** | Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут? | Нет | Да |
| **7.** | Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или язык? | Нет | Да |
| **8.** | Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз? | Нет | Да |
| **9.** | Бывают ли у вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году? | Нет | Да |
| **10.** | Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье? | Нет | Да |
| **11.** | 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 |
| **12.** | Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)? | Нет | Да |
| **13.** | Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия? | Нет | Да |
| **14.** | Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом? | Нет | Да |
| **15.** | Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул? | Нет | Да |
| **16.** | Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день) курил в прошлом | Нет | Да |
| 16.1 | Если Вы курите, то сколько? (сигарет в день, сколько всего лет Вы курите лет) | | |
| 16.2 | Бывают ли у Вас «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания? | Нет | Да |
| **17.** | Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя? | Нет | Да |
| **18.** | Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя? | Нет | Да |
| **19.** | Похмеляетесь ли Вы по утрам? | Нет | Да |
| **20.** | Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)? | До 30 минут | 30 мин и более |
| **21.** | Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)? | Нет | Да |
| **22.** | Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках) или при приготовлении пищи? | Нет | Да |
| **23.** | Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее? | Нет | Да |
| **24.** | Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда или других сладостей в день? | Нет | Да |
| **25.** | Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию? | Нет | Да |
| **26.** | Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве? | Нет | Да |
| **27.** | Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики | Нет | Да |
| **28.** | Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков? | Нет | Да |
| **29.** | Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков? | Нет | Да |
| **30.** | Испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании? | Нет | Да |
| **31.** | Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания? | Нет | Да |
| **32.** | Просыпаетесь ли Вы ночью, чтобы помочиться? | Нет | Да |
| **33.** | Если «да», то сколько раз за ночь Вы встаёте, чтобы помочиться?  1 раз 2 раза 3 раза 4 раза 5 и более | | |