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

**Анкета для граждан в возрасте 75 лет и старше**

|  |
| --- |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):** |
| **1** | **повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)?** | **Да** | **Нет** |
| **2** | **ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?** | **Да** | **Нет** |
| **3** | **сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови?** | **Да** | **Нет** |
| **4** | **онкологическое злокачественное заболевание (если «ДА» указать, какое)?** | **Да** | **Нет** |
| **5** | **перенесенный инфаркт миокарда?** | **Да** | **Нет** |
| **6** | **перенесенный инсульт?** | **Да** | **Нет** |
| **7** | **хроническое бронхо-легочное заболевание** | **Да** | **Нет** |
| **8** | **хроническое заболевание почек** | **Да** | **Нет** |
| **9** | **Возникает ли у Вас во время ходьбы или волнения жгущая, давящая, сжимающая боль за грудиной, в левой половине грудной клетки, в левом плече или руке?** | **Да** | **Нет** |
| **10** | **Если «да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или после приема нитроглицерина** | **Да** | **Нет** |
| **11** | **Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?** | **Да** | **Нет** |
| **12** | **Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** | **Да** | **Нет** |
| **13** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** | **Да** | **Нет** |
| **14** | **Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?** | **Да** | **Нет** |
| **15** | **Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)** | **Да** | **Нет** |
| **16** | **Были ли у Вас случаи падений за последний год более 2 раз?** | **Да** | **Нет** |
| **17** | **Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста при ходьбе по ровной поверхности или спонтанный перелом (без видимой причины), в т.ч. перелом позвонка?** | **Да** | **Нет** |
| **18** | **Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы ?** | **Да** | **Нет** |
| **19** | **Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время?** | **Да** | **Нет** |
| **20** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдения диеты или увеличением физической активности?** | **Да** | **Нет** |
| **21** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?** | **Да** | **Нет** |
| **22** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?** | **Да** | **Нет** |
| **23** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?** | **Да** | **Нет** |
| **24** | **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?** | **Да** | **Нет** |
| **25** | **Есть ли у Вас проблемы с памятью, существенно мешающие Вам в повседневной жизни?** | **Да** | **Нет** |
| **26** | **Страдаете ли Вы недержанием мочи?** | **Да** | **Нет** |
| **27** | **Имеете ли Вы привычку досаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?** | **Да** | **Нет** |
| **28** | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей (1 порция =200 гр. овощей или =1 фрукту среднего размера)?** | **Да** | **Нет** |
| **29** | **Ограничивайте ли Вы потребление пищи с высоким содержанием холестерина (сливочное масло, сало, жирные сорта мяса, печень, яйца птицы и др.)** | **Да** | **Нет** |
| **30** | **Употребляете ли Вы рыбу 2 раза или более в неделю** | **Да** | **Нет** |
| **31** | **Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю** | **Да** | **Нет** |
| **32** | **Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу 30 минут и более?** | **Да** | **Нет** |

 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |