

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 _____ Дата рождения(день, месяц, год) _____ Полных лет _____			
Поликлиника № _____			
Врач-терапевт участковый/врач общей практики(семейный врач)/фельдшер _____			
1	Говорил ли Вам когда – либо что у Вас имеется повышенное артериальное давление?	Нет	Да
1.1			
1.2	Ишемическая болезнь сердца (стенокардия)	Нет	Да
1.3	Ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда)	Нет	Да
1.4	Цереброваскулярное заболевание (в.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 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 мин.? Нет Да,исчезает самостоятельно Да, исчезает после приема нитроглицерина		
6	Возникла 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 и взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?	Нет	Да
7	Возникло ли у Вас когда-либо внезапное без понятны причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?	Нет	Да
8	Возникла 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 соблюдениядиеты или увелечение физической активности и пр.)?	Нет	Да
14	Бывает ли у Вас боль в заднепроходного отверстия?	Нет	Да
15	Бывает 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 в день)		
	Нет, никогда	Да, курил	Курил в прошлом
17.1	Если Вы курите, то сколько? Сигарет в день _____ сиг/день Сколько всего лет Вы курите _____ лет		
17.2	Бывает ли у Вас «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания	Нет	Да
18	Вам никогда не казалось, что следуют 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	Нет	Да
25	Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя её?	Нет	Да
26	Потребляете ли Вы шесть или более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда или других сладостей в день?	Нет	Да
27	Выпиваете Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписать 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 в 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 встаете, чтоб помочиться? 1раз 2 раз 3 раза 4 раза 5 и более		