

**Анкета на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов
риска их развития и туберкулеза и правила вынесения заключения по
результатам опроса (анкетирования)**

Дата обследования (день, месяц, год) _____

Ф.И.О. _____ Пол _____

Дата рождения (день, месяц, год) _____ Полных лет _____

Поликлиника _____

Участковый врач/врач общей практики/семейный врач _____

1. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас повышенное артериальное давление?

Нет ___ да ___

2. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?

Нет ___ да ___

3. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда)?

Нет ___ да ___

4. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)?

Нет ___ да ___

5. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется сахарный диабет?

Нет ___ да ___

6. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеются заболевания желудка и кишечника (хронический гастрит, язвенная болезнь, полипы)?

Нет ___ да ___

7. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется заболевание почек?

Нет ___ да ___

8. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется онкологическое заболевание? если «ДА», то какое _____

9. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется туберкулез легких?

Нет ___ да ___

10. Был ли инфаркт миокарда 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___ не знаю ___

11. Был ли 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___ не знаю ___

12. Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования (рак желудка, кишечника, семейные полипозы)

Нет ___да___ не знаю ___

13. Возникает ли у Вас, когда Вы поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите или выходите 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___

14. Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут?

Нет ___да___ принимаю нитроглицерин ___

15. Возникла ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге, или руке и ноге одновременно?

Нет ___да___

16. Возникало ли у Вас когда-либо внезапно кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица?

Нет ___да___

17. Возникла ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?

Нет ___да___

18. Возникало ли у Вас когда-либо внезапно резкое головокружение или неустойчивость при ходьбе, в связи с чем Вы не могли идти, были вынуждены лечь в постель, обратиться за посторонней помощью (вызвать бригаду скорой помощи)?

Нет ___да___

19. Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?

Нет ___да___

20. Бывало ли у Вас кровохарканье?

Нет ___да___

21. 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 ___

22. Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты, или увеличения физической активности и пр.)?

Нет ___ да ___

23. Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?

Нет ___ да ___

24. Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?

Нет ___ да ___

25. Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?

Нет ___ да ___

26. Курите ли Вы? (курение - 1 и более сигарет в день)

Нет да Курил в прошлом

27. Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя?

Нет ___ да ___

28. Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя?

Нет ___ да ___

29. Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете?

Нет ___ да ___

30. Похмеляетесь ли Вы по утрам?

Нет ___ да ___

31. 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

32. Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)

Нет ___ да ___

33. Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках, упаковках) или при приготовлении?

Нет ___ да ___

34. Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?

Нет____да____

35. Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда и других сладостей в день?

Нет____да____

36. Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию?

Нет____да____

37. Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве?

Нет____да____

38. Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики?

Нет____да____

39. Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков?

Нет____да____

40. Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков?

Нет____да____