**Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата анкетирования (день, месяц, год): | | | | |
| Ф.И.О. пациента: | | | Тел: | |
| Дата рождения (день, месяц, год): | | | Полных лет: | |
| Поликлиника № | | Должность и ФИО медицинского работника: | | |
| **1** | **Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):** | | | |
| 1.1. гипертоническая болезнь, повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)? | | Да | Нет |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления? | | Да | Нет |
| 1.2. сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови? | | Да | Нет |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара? | | Да | Нет |
| 1.3. злокачественное новообразование? | | Да | Нет |
| Если «Да», то какое? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 1.4. повышенный уровень холестерина? | |  |  |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина? | | Да | Нет |
| 1.5. перенесенный инфаркт миокарда? | | Да | Нет |
| 1.6. перенесенный инсульт? | | Да | Нет |
| 1.7. хронический бронхит или бронхиальная астма? | | Да | Нет |
| **2** | **Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения, тяжести или явного дискомфорта за грудиной и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и(или) в левой руке?** | | Да | Нет |
| **3** | **Если на вопрос 2 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или в течение не более чем 20 мин после прекращения ходьбы/адаптации к холоду/в тепле/ в покое и (или) они исчезают через 1-5 мин после приема нитроглицерина** | | Да | Нет |
| 4 | **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 |
| **5** | **Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** | | Да | Нет |
| **6** | **Возникала у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** | | Да | Нет |
| **7** | **Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?** | | Да | Нет |
| **8** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?** | | Да | Нет |
| **9** | **Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?** | | Да | Нет |
| **10** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** | | Да | Нет |
| **11** | **Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита? | | Да | Нет |
| **12** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** | | Да | Нет |
| **13** | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | | Да | Нет |
| **14** | **Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста, при ходьбе по ровной поверхности или перелом без видимой причины, в т.ч. перелом позвонка?** | | Да | Нет |
| **15** | **Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?** | | Да | Нет |
| **16** | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?** | | Да | Нет |
| **17** | **Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?** | | Да | Нет |
| **18** | **Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?** | | Да | Нет |
| **19** | **Были ли у Вас случаи падений за последний год?** | | Да | Нет |
| **20** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?** | | Да | Нет |
| **21** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?** | | Да | Нет |
| **22** | **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?** | | Да | Нет |
| **23** | **Страдаете ли Вы недержанием мочи?** | | Да | Нет |
| **24** | **Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?** | | Да | Нет |
| **25** | **Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать** | | Да | Нет |
| **26** | **Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?** | | Да | Нет |
| **27** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?** | | Да | Нет |
| **28** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?** | | Да | Нет |
| **29** | **Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?** | | До 5 | 5 и более |
| **30** | **Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету, и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)?** | | Да | Нет |

С результатами анкетирования ознакомлен:

Ф.И.О. врача, проводящего заключительный осмотр пациента по завершению профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации