

**Анкета для граждан в возрасте до 75 лет**

Форма 1

Дата обследования (день, месяц, год) _____	
Ф. И. О. _____	
Пол _____	
Дата рождения (день, месяц, год) _____ Полных лет _____	
Поликлиника № _____ <i>НУЗ «Узловая поликлиника на ст. Новая Чара ОАО «РЖД»</i>	
Врач-терапевт участковый/врач общей практики (семейный врач)/фельдшер _____	
_____	
<b>1.</b>	<b>Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется</b>
1.1	повышенное артериальное давление? <span style="float: right;">нет да</span>
1.2	ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? <span style="float: right;">нет да</span>
1.3	ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда)? <span style="float: right;">нет да</span>
1.4	цереброваскулярное заболевание (в т. ч. перенесенный инсульт)? <span style="float: right;">нет да</span>
1.5	хроническое бронхо-легочное заболевание? <span style="float: right;">нет да</span>
1.6	туберкулез легких или иных локализаций? <span style="float: right;">нет да</span>
1.7	сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови? <span style="float: right;">нет да</span>
1.8	заболевания желудка и кишечника (хронический гастрит, язвенная болезнь, полипы)? <span style="float: right;">нет да</span>
1.9	хроническое заболевание почек? <span style="float: right;">нет да</span>
1.10	онкологическое заболевание? <span style="float: right;">нет да</span>
1.11	если «ДА», то какое _____
<b>2.</b>	<b>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)?</b>
	нет да
<b>3.</b>	<b>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?</b>
	нет да
3.1	Если «ДА», то укажите какое заболевание? _____
<b>4.</b>	<b>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?</b>
	нет да

5.	Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут?	Нет	Да, исчезает самостоятельно	Да, исчезает после приема нитроглицерина
6.	Возникала 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 взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?		нет	да
7.	Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?		нет	да
8.	Возникала 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 соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?		нет	да
14.	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?		нет	да
15.	Бывают 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 сигарет в день)	Нет, никогда не курил	Да, курю	Курил в прошлом
17.1	Если Вы курите, то сколько?	сигарет в день _____ сиг./день	сколько всего лет Вы курите _____	лет

17.2	Бывают ли у Вас «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания?	нет	да
18.	Вам никогда не казалось, что следует 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 при покупке (на этикетках) или при приготовлении пищи?	нет	да
25.	Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?	нет	да
26.	Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда или других сладостей в день?	нет	да
27.	Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться 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 при 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 встаёте, чтобы помочиться?	нет	да
	1 раз                      2 раза                      3 раза                      4 раза                      5 и более		

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

Форма 3

Дата обследования (день, месяц, год) _____			
Ф. И. О. _____ Пол _____			
Дата рождения (день, месяц, год) _____ Полных лет _____			
Поликлиника	УП на ст. Н.Чара	Врач-терапевт участковый/врач общей практики (семейный врач)/фельдшер _____	
1.	<b>Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):</b>		
	повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)?	да	нет
	ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	да	нет
	сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови?	да	нет
	онкологическое злокачественное заболевание (если «ДА» указать, какое)?	да	нет
	перенесенный инфаркт миокарда?	да	нет
	перенесенный инсульт?	да	нет
	хроническое бронхо-легочное заболевание	да	нет
	хроническое заболевание почек	да	нет
2.	<b>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?</b>	да	нет
3.	<b>Если «да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или после приема нитроглицерина</b>	да	нет
4.	<b>Возникла 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?</b>	да	нет
5.	<b>Возникло ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?</b>	да	нет
6.	<b>Возникла ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?</b>	да	нет

7.	<b>Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?</b>	да	нет
8.	<b>Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)</b>	да	нет
9.	<b>Были ли у Вас случаи падений за последний год более 2 раз?</b>	да	нет
10.	<b>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?</b>	да	нет
11.	<b>Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?</b>	да	нет
12.	<b>Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время?</b>	да	нет
12.1	<b>Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?</b>	да	нет
12.2	<b>Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?</b>	да	нет
13.	<b>Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?</b>	да	нет
14.	<b>Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?</b>	да	нет
15.	<b>Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?</b>	да	нет
16.	<b>Есть ли у Вас проблемы с памятью, существенно мешающие Вам в повседневной жизни?</b>	да	нет
17.	<b>Страдаете ли Вы недержанием мочи?</b>	да	нет
18.	<b>Имеете ли Вы привычку досаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?</b>	да	нет
19.	<b>Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей (1 порция=200 гр. овощей или=1 фрукту среднего размера)?:</b>	да	нет
20.	<b>Ограничиваете ли Вы потребление пищи с высоким содержанием холестерина (сливочное масло, сало, жирные сорта мяса, печень, яйца птицы и др.)</b>	да	нет
21.	<b>Употребляете ли Вы рыбу 2 раза или более в неделю</b>	да	нет
22.	<b>Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю</b>	да	нет
23.	<b>Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу 30 минут и более?</b>	да	нет