

# 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 № \_\_\_\_\_

Врач-терапевт участковый /врач общей практики (семейный врач)/фельдшер \_\_\_\_\_

1. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется

1.1 повышенное артериальное давление? **нет да**

1.2 ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? **нет да**

1.3 ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда)? **нет да**

1.4 цереброваскулярное заболевание (в т.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. Бы ли 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 минут? **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 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. 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 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 \_\_\_\_\_ сколько всего лет курите \_\_\_\_\_

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? **1 раз 2 раза 3 раза 4 раза 5 и более\_\_**