|  |  |
| --- | --- |
|  | **Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществе без назначения врача**  |

|  |
| --- |
| Дата анкетирования (день, месяц, год): |
| Ф.И.О. пациента: | Пол: |
| Дата рождения (день, месяц, год): | Полных лет: |
| Медицинская организация: |
| Должность и Ф.И.О. медицинского работника, проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |
| **1.**  | **Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется**  |  |  |
| 1.1.  | гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)? | Да  | Нет  |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления? | Да  | Нет  |
| 1.2.  | ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? | Да  | Нет  |
| 1.3.  | цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)? | Да  | Нет  |
| 1.4.  | хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)? | Да  | Нет  |
| 1.5.  | туберкулез (легких или иных локализаций)? | Да  | Нет  |
| 1.6.  | сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови? | Да  | Нет  |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара? | Да  | Нет  |
| 1.7.  | заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)? | Да  | Нет  |
| 1.8.  | хроническое заболевание почек? | Да  | Нет  |
| 1.9.  | злокачественное новообразование? | Да  | Нет  |
| Если «Да», то какое?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1.10. | повышенный уровень холестерина? | Да  | Нет  |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина? | Да  | Нет  |
| **2.**  | **Был ли у Вас инфаркт миокарда?**  | Да  | Нет  |
| **3.**  | **Был ли у Вас инсульт?**  | Да  | Нет  |
| **4.**  | **Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников** в **молодом или среднем возрасте (до 65 лет** у матери или родных сестер или **до 55 лет** у отца или родных братьев)? | Да  | Нет  |
| **5.**  | **Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования** (легкого, желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или полипоз желудка, семейный аденоматоз/диффузный полипоз толстой кишки? (нужное подчеркнуть) | Да  | Нет  |
| **6.**  | **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  |
| **7.**  | **Если на вопрос 6 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  |
| **8.**  | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?**  | Да  | Нет  |
| **9.**  | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?**  | Да  | Нет  |
| **10.**  | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?**  | Да  | Нет  |
| **11.**  | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?**  | Да  | Нет  |
| **12.**  | **Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?**  | Да  | Нет  |
| **13.**  | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?**  | Да  | Нет  |
| **14.**  | **Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита**?**  | Да  | Нет  |
| **15.**  | **Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?**  | Да  | Нет  |
| **16.**  | **Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин** (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)? | Да  | Нет  |
| **17.**  | **Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?**  | Да  | Нет  |
| **18.**  | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?**  | Да  | Нет  |
| **19.**  | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | Да  | Нет  |
| **20.**  | **Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сиг/день |
| **21.**  | **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 |
| **22.**  | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?**  | Да  | Нет  |
| **23.**  | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?**  | Да  | Нет  |
| **24**  | **Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?**  | Да  | Нет  |
| **25.**  | **Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?**  |
| Никогда (0 баллов)  | Раз в месяц и реже (1 балл)  | 2-4 раза в месяц (2 балла)  | 2-3 раза в неделю (3 балла)  | ≥ 4 раз в неделю (4 балла)  |
| **26.**  | **Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз?** 1 порция равна 12 мл чистого этанола ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл пива  |
| 1-2 порции (0 баллов)  | 3-4 порции (1 балл)  | 5-6 порций (2 балла)  | 7-9 порций (3 балла)  | ≥ 10 порций (4 балла)  |
| **27.**  | **Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций?** 6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 л пива  |
| Никогда (0 баллов)  | Раз в месяц и реже (1 балл)  | 2-4 раза в месяц (2 балла)  | 2-3 раза в неделю (3 балла)  | ≥ 4 раз в неделю (4 балла)  |
| **ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна \_\_\_\_\_\_ баллов**  |
| **28.**  | Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)  | Да  | Нет  |
| **Выявление постковидного COVID-19 синдрома (последствий перенесенной новой коронавирусной инфекции)** |
| 1 | Говорил ли Вам врач, что Вы болели или перенесли, в том | Да | Нет |
| 2 | Если «ДА», то укажите ориентировочно сколько месяцев прошло с момента выздоровления и какой степени тяжести была коронавирусная инфекция (COVID-19) | \_\_\_\_\_\_ мес.Легкой | \_\_\_\_\_\_ мес. Средней и выше | \_\_\_\_\_\_ мес.Не знаю |
| 3 | Ощущаете ли Вы в настоящее время снижение качества жизни (уровня здоровья) (КЖ) или работоспособности (РСП), связанное с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)? | Да, ощущаюсущественноеснижение КЖи/или РСП | Да, ощущаю незначительное снижение КЖ и/или РСП | Нет, неощущаю |
| 3.1 | Оцените вклад появления/усиления одышки и снижения переносимости физической нагрузки и/или хронического кашля как причины снижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| 3.2 | Оцените вклад появления/усиления болей в груди и/или сердцебиений, и/или отеков на ногах как причины снижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| 3.3 | Оцените вклад появления/усиления усталости, и/или мышечных болей, и/или головной боли, и/или дизавтономии (функциональные нарушения регуляции деятельности желудочно-кишечного тракта, печени, почек, мочевого пузыря,легких, сердца, желез внутренней и внешней секреции, кровеносных и лимфатических сосудов), и/или когнитивных нарушений (снижение памяти, умственной работоспособности и других познавательных функций мозга) как причины снижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| 3.4 | Оцените вклад нестабильного течения сахарного диабета (ранее протекавшего стабильно) или выявление сахарного диабета после перенесенного COVID-19 как причины снижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| 3.5 | Оцените вклад выпадения волос или появление кожной сыпи как причины снижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| 3.6 | Оцените вклад появления/усиления болей в суставах как причины снижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| 3.7 | Оцените вклад потери вкуса и/или обоняния как причины снижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| 3.8 | Отмечаете ли Вы сохранение повышенной температуры с момента выздоровления коронавирусной инфекции (COVID-19)? | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |