

Рост

Окружность талии

Вес

АД

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

|                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|
| Дата анкетирования (день, месяц, год):                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |             |
| Ф.И.О. пациента:                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          | Пол:        |
| Дата рождения (день, месяц, год):                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          | Полных лет: |
| Адрес:                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Телефон: |             |
| Медицинская организация:                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |             |
| Должность и Ф.И.О. медицинского работника, проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |             |
| <b>1</b>                                                                                                         | <b>Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |             |
| 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 локаций)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 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 и 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 20 минут после прекращения ходьбы/адаптации к холоду/в тепле/в покое и (или) они исчезают через 1-5 минут 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, пройти 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.                                                                 | Бывали 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<br>(0 баллов)                                                                                                                                                                                                               | Раз в месяц и<br>реже (1 балл) | 2-4 раза в месяц<br>(2 балла) | 2-3 раза в неделю<br>(3 балла) | ≥4 раз в неделю<br>(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<br>(0 баллов)                                                                                                                                                                                                            | 3-4 порции<br>(1 балл)         | 5-6 порций<br>(2 балла)       | 7-9 порций<br>(3 балла)        | >10 порций<br>(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<br>(0 баллов)                                                                                                                                                                                                               | Раз в месяц и<br>реже (1 балл) | 2-4 раза в месяц<br>(2 балла) | 2-3 раза в неделю<br>(3 балла) | > 4 раз в неделю<br>(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              |