|  |
| --- |
| 1. 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: | |
| Медицинская организация: | | | | | | | | |
| Должность и Ф.И.О., 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 через 5 - 10 мин после прекращения ходьбы/адаптации к холоду и (или) 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 2 и более порции фруктов или овощей? (1 порция фруктов = 200 г. 1 порция овощей не считая картофеля = 200 г.) | | | | | | 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 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 NN 25](#Par157) - [27](#Par184) 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>](consultantplus://offline/ref=BC9CBDB9229FB23F58DB61E646F5FF150B129A99B89AD0EC9E6B69D5E3EB54D136038346F71CB6A5C18A1CA7855837EC625F06D8E03DD4DFKCtCE)# | | | | | | | | |
| #1# | #Говорил ли Вам врач, что Вы болели или перенесли, в том числе "на ногах", новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)?# | | | | #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, ощущаю существенное снижение КЖ и/или РСП# | #Да, ощущаю незначительное снижение КЖ и/или РСП# | | | #Нет, не ощущаю# |
| #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# |