|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении** | | | | |
| Дата анкетирования (день, месяц, год) | | | | |
| Ф.И.О. пациента: | | Пол: | | |
| Дата рождения (день, месяц, год): | | Полных лет: | | |
| 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 (артериальная гипертония)? | | Да | Нет |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления? | | Да | Нет |
| 1.2. | сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови? | | Да | Нет |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара? | | Да | Нет |
| 1.3. | злокачественное новообразование? | | Да | Нет |
| Если «Да», то какое?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Да | Нет |
| 1.4. | повышенный уровень холестерина? | | Да | Нет |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина? | | Да | Нет |
| 1.5. | перенесенный инфаркт миокарда? | | Да | Нет |
| 1.6. | перенесенный инсульт? | | Да | Нет |
| 1.7. | хронический бронхит или бронхиальная астма? | | Да | Нет |
| **2.** | **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 |
| **3.** | **Если на вопрос 2 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают 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 |
| **4.** | **Возникала 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?** | | Да | Нет |
| **5.** | **Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** | | Да | Нет |
| **6.** | **Возникала у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** | | Да | Нет |
| **7.** | **Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?** | | Да | Нет |
| **8.** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?** | | Да | Нет |
| **9.** | **Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?** | |  |  |
| **10.** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** | | Да | Нет |
| **11.** | **Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита**?** | | Да | Нет |
| **12.** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** | | Да | Нет |
| **13.** | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | | Да | Нет |
| **14.** | **Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста, при ходьбе по ровной поверхности или перелом без видимой причины**, **в т.ч. перелом позвонка?** | | Да | Нет |
| **15.** | **Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?** | | Да | Нет |
| **16.** | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?** | | Да | Нет |
| **17.** | **Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?** | | Да | Нет |
| **18.** | **Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?** | | Да | Нет |
| **19.** | **Были ли у Вас случаи падений за последний год?** | | Да | Нет |
| **20.** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?** | | Да | Нет |
| **21.** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?** | | Да | Нет |
| **22.** | **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?** | | Да | Нет |
| **23.** | **Страдаете ли Вы недержанием мочи?** | | Да | Нет |
| **24.** | **Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?** | | Да | Нет |
| **25.** | **Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?** | | Да | Нет |
| **26.** | **Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?** | | Да | Нет |
| **27.** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?** | | Да | Нет |
| **28.** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?** | | Да | Нет |
| **29.** | **Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?** | | До 5 | 5 и более |
| **30.** | **Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)** | | Да | Нет |