**Анкета на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, туберкулеза и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача при прохождении диспансеризации.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Дата обследования (день, месяц, год) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|   | Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  Дата рождения (день, месяц, год) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Полных лет \_\_\_\_\_\_ |
|  | Поликлиника №\_\_\_\_\_\_ | Участковый врач/врач общей практики/семейный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас повышенное артериальное давление?  |
|  | нет | да  |  |
|  | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?  |
|  | нет | да  |  |
|  | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда)?  |
|  | нет | да  |  |
|  | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)?  |
|  | нет | да  |  |
|  | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется сахарный диабет?  |
|  | нет | да  |  |
|  | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеются заболевания желудка и кишечника (хронический гастрит, язвенная болезнь, полипы)?  |
|  | Нет | да  |  |
|  | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется заболевание почек?  |
|  | Нет | да  |  |
|  | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется онкологическое заболевание?  |
|  | нет | да  |  |
|  | если «ДА», то какое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется туберкулез легких?  |
|  | нет | да  |  |
|  | Был ли инфаркт миокарда 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  | не знаю |
|  | Был ли 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  | не знаю |
|  | Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования (рак желудка, кишечника, семейные полипозы)  |
|  | Нет | да  | не знаю |
|  | Возникает ли у Вас, когда Вы поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите или выходите 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  |  |
|  | Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут? |
|  | Нет | да  | Принимаю нитроглицерин |
|  | Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге, или руке и ноге одновременно? |
|  | Нет | да  |  |
|  | Возникало ли у Вас когда-либо внезапно кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица? |
|  | Нет | да  |  |
|  | Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз? |
|  | Нет | да  |  |
|  | Возникало ли у Вас когда-либо внезапно резкое головокружение или неустойчивость при ходьбе, в связи с чем Вы не могли идти, были вынуждены лечь в постель, обратиться за посторонней помощью (вызвать бригаду скорой помощи)? |
|  | Нет | да  |  |
|  | Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году? |
|  | Нет | да  |  |
|  | Бывало ли у Вас кровохарканье? |
|  | Нет | да  |  |
|  | 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  |  |
|  | Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты, или увеличения физической активности и пр.)? |
|  | Нет | да  |  |
|  | Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия? |
|  | Нет | да  |  |
|  | Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом? |
|  | Нет | да  |  |
|  | Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул? |
|  | Нет | да  |  |
|  | Курите ли Вы? (курение - 1 и более сигарет в день) |
|  | Нет | да  | Курил в прошлом |
|  | Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя? |
|  | Нет | да  |  |
|  | Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя? |
|  | Нет | да  |  |
|  | Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете? |
|  | Нет | да  |  |
|  | Похмеляетесь ли Вы по утрам? |
|  | Нет | да  |  |
|  | 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 |  |
|  | Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля) |
|  | Нет | да  |  |
|  | Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках, упаковках) или при приготовлении? |
|  | Нет | да  |  |
|  | Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее? |
|  | Нет | да  |  |
|  | Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда и других сладостей в день? |
|  | Нет | да  |  |
|  | Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию? |
|  | Нет | да  |  |
|  | Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве? |
|  | Нет | да  |  |
|  | Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики? |
|  | Нет | да  |  |
|  |  Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков? |
|  | Нет | да  |  |
|  | Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков? |
|  | Нет | да  |  |
| 41. | Испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании?  |
|  | нет | да |  |
| 42. | Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания?  |
|  | нет | да |  |
| 43. | Просыпаетесь ли Вы ночью, чтобы помочиться?  |
|  | нет | да |  |
|  | Если «да», то сколько раз за ночь Вы встаёте, чтобы помочиться?  |
|  | 1 раз | 2 раза | 3 раза | 4 раза | 5 и более |