

**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	Да	Нет

	грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке?				
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, 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	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 подсаживать 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 - 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 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		Основной	Второстепенный	Отсутствовал

	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			
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