

**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:

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 (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? | | |
| | 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 ответ "Да" по вопросу 2, 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 |
| 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, пройти 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? | Да | Нет |
| 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 2 и более порции фруктов или овощей? (1 порция фруктов = 200 г. 1 порция овощей не считая картофеля = 200 г.) | 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 | Да | Нет |

| | | | | |
|---|---|---|---|---------------------|
| | настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру) | | | |
| 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 прошла 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 РС | 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 впервые выявленного 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 |