

Анкета на выявление ХНИЗ, факторов риска их развития, риска потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача

Анкета для граждан в возрасте 75 лет и старше

Дата обследования (день, месяц, год) _____

Ф.И.О. _____ Пол _____

Дата рождения (день, месяц, год) _____ Полных лет _____

Поликлиника № _____ Врач-терапевт участковый /врач общей практики (семейный врач)/фельдшер _____

- | | | | |
|------|--|----|-----|
| 1. | Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния): | | |
| | повышенное артериальное давление (артериальная гипертензия)? | Да | Нет |
| | ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? | Да | Нет |
| | сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови? | Да | Нет |
| | онкологическое злокачественное заболевание (если «ДА» указать, какое)? | Да | Нет |
| | перенесенный инфаркт миокарда? | Да | Нет |
| | перенесенный инсульт? | Да | Нет |
| | хроническое бронхо-легочное заболевание | Да | Нет |
| | хроническое заболевание почек | Да | Нет |
| 2. | Возникает ли у Вас во время ходьбы или волнения жгущая, давящая, сжимающая боль за грудиной, в левой половине грудной клетки, в левом плече или руке? | Да | Нет |
| 3. | Если «да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или после приема нитроглицерина | Да | Нет |
| 4. | Возникла 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. | Возникла ли 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. | Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день) | Да | Нет |
| 9. | Были ли у Вас случаи падений за последний год более 2 раз? | Да | Нет |
| 10. | Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста при ходьбе по ровной поверхности или спонтанный перелом (без видимой причины), в т.ч. перелом позвонка? | Да | Нет |
| 11. | Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы ? | Да | Нет |
| 12. | Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время? | Да | Нет |
| 12.1 | Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности? | Да | Нет |
| 12.2 | Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита? | Да | Нет |
| 13. | Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения? | Да | Нет |
| 14. | Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха? | Да | Нет |
| 15. | Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время? | Да | Нет |
| 16. | Есть ли у Вас проблемы с памятью, существенно мешающие Вам в повседневной жизни? | Да | Нет |
| 17. | Страдаете ли Вы недержанием мочи? | Да | Нет |
| 18. | Имеете ли Вы привычку досаливать приготовленную пищу, не пробуя ее? | Да | Нет |
| 19. | Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей (1 порция =200 гр. овощей или =1 фрукту среднего размера)? | Да | Нет |
| 20. | Ограничиваете ли Вы потребление пищи с высоким содержанием холестерина (сливочное масло, сало, жирные сорта мяса, печень, яйца птицы и др.) | Да | Нет |
| 21. | Употребляете ли Вы рыбу 2 раза или более в неделю | Да | Нет |
| 22. | Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю | Да | Нет |
| 23. | Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу 30 минут и более? | Да | Нет |