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 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?  | 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 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  |

Пройти онлайн анкетирование и получить заключение можно здесь: <http://sadip.ru/>