|  |  |
| --- | --- |
|  | **Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществе 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. медицинского работника, 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 грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке?** | | | | Да | Нет |
| **7.** | | **Если на вопрос 6 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или 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 |
| **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, пройтись 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 400-500 г сырых овощей и фруктов?** | | | | Да | Нет |
| **23.** | | **Имеете ли Вы привычку подсаливать 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 12 мл чистого этанола 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 №№ 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 | | | | | 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 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 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 |