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 |
| 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 | |