Анкета для граждан в возрасте до 75 лет

	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.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется
1.1	повышенное артериальное давление? Нет Да
1.2	ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? Нет Да
1.3	ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда? Нет Да
1.4	цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)? Нет Да
1.5	хроническое бронхо-легочное заболевание? Нет Да
1.6	туберкулез легких или иных локализаций? Нет Да
1.7	сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови? Нет Да
1.8	заболевания желудка и кишечника (хронический гастрит, язвенная болезнь, полипы)? Нет Да
1.9	хроническое заболевание почек? Нет Да
1.10	онкологическое заболевание?
1.11	Нет Да если «ДА», то какое
2.	Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет)? Нет Да
3.	Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования (рак желудка, кишечника, предстательной железы, других локализаций) семейные полипозы? Нет Да
3.1	Если «ДА», то укажите какое заболевание?
4.	Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль, ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки с распространением в левую руку или без него? Нет Да
5.	Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10минут? Нет Да, исчезает Да, исчезает после приема самостоятельно нитроглицерина
6.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате? Нет Да
7.	Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка? Нет Да
8.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз? Нет Да
9.	Приходилось ли Вам вызывать скорую помощь по поводу гипертонического криза, то есть в связи с резким ухудшением самочувствия, сильной головной боли, сопровождающейся тошнотой, рвотой, из-за повышения артериального давления? Нет Да
10.	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году? Нет Да
11.	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье? Нет Да

12.	Беспокоят ли Вас следующие жалобы в любых сочетаниях: боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита? Нет Да
13.	По худели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)? Нет Да
14.	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия? Нет Да
15.	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом? Нет Да
16.	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул? Нет Да
17.	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день) Нет, никогда не курил Да, курю Курил в прошлом
17.1	Если Вы курите, то сколько? сигарет в день _____сиг/день сколько всего лет Вы курите _____лет
17.2	Бывают ли у Вас «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания? Нет Да
18.	Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя? Нет Да
19.	Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя? Нет Да
20.	Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете (употребляете алкоголь)? Нет Да
21.	Похмеляетесь ли Вы по утрам? Нет Да
22.	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
23.	Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)? Нет Да
24.	Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках) или при приготовлении пищи? Нет Да
25.	Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее? Нет Да
26.	Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда или других сладостей в день? Нет Да
27.	Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию? Нет Да
28.	Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве? Нет Да
29.	Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики? Нет Да
30.	Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков? Нет Да
31.	Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков? Нет Да
32.	Испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании? Нет Да
33.	Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания? Нет Да
34.	Просыпаетесь ли Вы ночью, чтобы помочиться? Нет Да
34.1	Если «да», то сколько раз за ночь Вы встаёте, чтобы помочиться? 1 раз 2 раза 3 раза 4 раза 5 и более