**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: |

Рост- см, вес- кг Телефон:

Должность и Ф.И.О., проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.1. | гипертоническая болезнь, повышенное артериальное давление (артериальная | Да | Нет |
|  | гипертония)? |  |  |
|  | 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 | Да | Нет |
|  | холестерина? |  |  |
| 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** | Да | Нет |
|  | **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?** |  |  |
| **3.** | **Если на вопрос 2 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт** | Да | Нет |
|  | **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** |  |  |
| **4.** | **Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы** | Да | Нет |
|  | **не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по** |  |  |
|  | **комнате?** |  |  |
| **5.** | **Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное** | Да | Нет |
|  | **онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** |  |  |
| **6.** | **Возникала у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на** | Да | Нет |
|  | **один глаз?** |  |  |
| **7.** | **Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?** | Да | Нет |
| **8.** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением** | Да | Нет |
|  | **мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?** |  |  |
| **9.** | **Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при** | Да | Нет |
|  | **дыхании, не проходящие при откашливании?** |  |  |
| **10.** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** | Да | Нет |
| **11.** | **Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области | Да | Нет |
|  | желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита**?** |  |  |
| **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** | Да | Нет |
|  | **по ровной поверхности или перелом без видимой причины**, **в т.ч. перелом** |  |  |
|  | **позвонка?** |  |  |
| **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** | Да | Нет |  |
|  | **фруктов?** |  |  |  |
| **17.** | **Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные** | Да | Нет |  |
|  | **продукты) 3 раза или более в неделю?** |  |  |  |
| **18.** | **Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие** | Да | Нет |  |
|  | **физические упражнения 30 минут и более?** |  |  |  |
| **19.** | **Были ли у Вас случаи падений за последний год?** | Да | Нет |  |
| **20.** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни** | Да | Нет |  |
|  | **из-за снижения зрения?** |  |  |  |
| **21.** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни** | Да | Нет |  |
|  | **из-за снижения слуха?** |  |  |  |
| **22.** | **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в** | Да | Нет |  |
|  | **последнее время?** |  |  |  |
| **23.** | **Страдаете ли Вы недержанием мочи?** | Да | Нет |  |
| **24.** | **Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице** | Да | Нет |  |
|  | **(ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?** |  |  |  |
| **25.** | **Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или** | Да | Нет |  |
|  | **способностью планировать?** |  |  |  |
| **26.** | **Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг** | Да | Нет |  |
|  | **за полгода)?** |  |  |  |
| **27.** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным** | Да | Нет |  |
|  | **соблюдением диеты или увеличением физической активности?** |  |  |  |
| **28.** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением** | Да | Нет |  |
|  | **аппетита?** |  |  |  |
| **29.** | **Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или** | До 5 | 5 и |  |
|  | **несколько раз в неделю?** |  | более |  |
| **30.** | **Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую** | Да | Нет |  |
|  | **анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)** |  |
|  |  |  |  |