|  |
| --- |
| Дата анкетирования (день, месяц, год):2. **Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении** |
| 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»,токакое ? |
| 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 явногодискомфортазагрудинойи(или)влевойполовинегруднойклетки,и(или)влевомплече,****и (или) в левой руке?** | Да | Нет |
| **3** | **Если ответ «Да» по вопросу 2, то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или через 5-10 мин после прекращения ходьбы/адаптации к холоду и (или) 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 2 и более порции фруктов или овощей?** (1 порция фруктов =200 г. 1 порция овощей не считая картофеля = 200 г.) | Да | Нет |
| **17** | **Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза илиболее 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 |