**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. 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.  | 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 |
| **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 |