

## Анкета для граждан в возрасте 75 лет и старше

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_

1. Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):
  - 1.1 повышенное давление(артериальная гипертония) да нет
  - 1.2 ишемическая болезнь сердца (стенокардия) да нет
  - 1.3 сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови да нет
  - 1.4 перенесенный инфаркт миокарда да нет
  - 1.5 перенесенный инсульт да нет
  - 1.6 хроническое бронхо-легочное заболевание да нет
  - 1.7 хронические заболевания почек да нет
  - 1.8 онкологическое злокачественное заболевание? да нет
  - 1.9 если да, то какое? да нет
2. Возникает ли у Вас во время ходьбы или волнения жгущая, давящая, сжимающая боль за грудиной, в левой половине грудной клетки, в левом плече или руке? да нет
3. Если да, то проходит ли боль в покое через 10-20 минут после приёма нитроглицерина да нет
4. Возникла ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате? да нет
5. Возникло ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка? да нет
6. Возникла ли 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. Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста при ходьбе по ровной поверхности или спонтанный перелом (без видимой причины), в т.ч. перелом позвонка? да нет
9. Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения? да нет
10. Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день) да нет
11. Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха? да нет
12. Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время? да нет
13. Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние да нет
14. Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время? да нет
- 14.1 Если похудели, считаете ли Вы, что это связано с соблюдением диеты или увеличением физической активности? да нет

- 14.2 Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита? да нет
15. Есть ли у Вас проблемы с памятью, существенно мешающие Вам в повседневной жизни? да нет
16. Были ли у Вас случаи падений за последний год более 2 раз? да нет
17. Страдаете ли Вы недержанием мочи? да нет
18. Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей (1 порция-200 г овощей или 1 среднего размера)? да нет
19. Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее? да нет
20. Ограничиваете ли Вы потребление пищи с высоким содержанием холестерина (сливочное масло, сало, жирные сорта мяса, печень, яйца птицы и др.) да нет
21. Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю да нет
22. Употребляете ли Вы рыбу 2 раза или более в неделю да нет
23. Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу 30 минут и более? да нет