

Анкета для граждан в возрасте до 75 лет

Дата рождения: _____ Пол: _____

1. Говорил ли Вам врач когда-либо что у Вас имеется:
 - 1.1 повышенное артериальное давление да нет
 - 1.2 ишемическая болезнь сердца (стенокардия) да нет
 - 1.3 ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда) да нет
 - 1.4 цереброваскулярное заболевание (инсульт) да нет
 - 1.5 хроническое бронхо-легочное заболевание да нет
 - 1.6 туберкулез легких и иных локализаций да нет
 - 1.7 сахарный диабет или гипергликемия да нет
 - 1.8 заболевания желудка и кишечника (гастрит, язва, полипы) да нет
 - 1.9 хронические заболевания почек да нет
 - 1.10 онкологическое заболевание? да нет
 - 1.11 если да, то какое? _____
2. Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников(матери, отца или родных братьев/сестер до 55 да нет
3. Были ли в молодом или среднем возрасте у Ваших близких родственников злокачественные образования (рак желудка, кишечника, предстательной железы), семейные полипозы? да нет
 - 3.1 если да, то какие? _____
4. Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите или при выходе 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? да нет
5. Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение 10 минут? нет да, исчезает самостоятельно да, исчезает после нитроглицерина
6. Возникла ли у Вас когда-либо внезапная слабость при движении в одной руке или одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате? да нет
7. Возникло ли у Вас когда-либо внезапное кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка? да нет
8. Возникла ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз? да нет
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? да нет
10. Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в да нет
11. Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье? да нет
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? да нет
13. Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)? да нет
14. Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия? да нет
15. Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом? да нет
16. Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул? да нет

17. Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)

нет да Курил в прошлом

17.1 Если курите, то : _____ сигарет в день Сколько лет Курите? _____ лет

17.2 Бывают ли у Вас «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания? да нет

18. Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя? да нет
19. Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя? да нет
20. Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете (употребляете алкоголь)? да нет
21. Похмеляетесь ли Вы по утрам? да нет
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 грамм (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)? да нет
24. Обращаете ли Вы внимание на содержание жира/холестерина в продуктах при покупке, приготовлении пищи? да нет
25. Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее? да нет
26. Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда или др. сладостей в день? да нет
27. Употребляете ли Вы алкоголь(наркотики) чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в да нет
28. Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве? да нет
29. Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики? да нет
30. Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков? да нет
31. Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков? да нет
32. Испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании? да нет
33. Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания? да нет
34. Просыпаетесь ли Вы ночью, чтобы помочиться? да нет

34.1 Если «да», то сколько раз за ночь Вы встаёте, чтобы помочиться?

1 раз 2 раза 3 раза 4 раза 5 раз и более