|  |
| --- |
|  |
|  |
| **АНКЕТА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ** |
| **Пациент: до 75 лет** |
| ВОПРОСЫ:  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 ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?: **да / нет**  1.3 цереброваскулярное заболевание(заболевание сосудов головного мозга)?: **да / нет**  1.4 хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?: **да / нет**  1.5 туберкулез (легких или иных локализаций)?: **да / нет**  1.6 сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы: **да / нет** Если "Да", то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара в крови?: **да / нет**  1.7 заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?: **да / нет**  1.8 хроническое заболевание почек?: **да / нет**  1.9. злокачественное новообразование?: **да / нет**  Если "Да", то какое?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1.10. повышенный уровень холестерина?: **да / нет**  2. Был ли у Вас инфаркт миокарда?: **да / нет**  3. Был ли у Вас инсульт?: **да / нет**  4. Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников (до 65 лет у матери или родных сестер или до 55 лет у отца или родных братьев)?: **да / нет**  5. Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования (желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, полипоз желудка, кишечника, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или семейный аденоматоз диффузный полипоз) толстой кишки?: **да / нет** Если "да", то укажите какое заболевание? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Возникают ли у Вас, когда вы поднимаетесь по лестнице, идете в гору либо спешите или выходите из теплого помещения на холодный воздух боль, ощущение давление, жжения, тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки с распространением в левую руку или без него?: **да / нет**  7. Если вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут?: **да / нет**  8. Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?: **да / нет**  9. Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?: **да / нет**  10. Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?: **да / нет**  11. Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3х месяцев в году: **да / нет**  12. Бывают ли у Вас свистящие «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без?: **да / нет**  13. Бывало ли у Вас когда-либо кровохаркание?: **да / нет**  14. Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?: **да /** **нет**  15. Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?: **да / нет**  16. Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.): **да / нет**  17. Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия: **да / нет**  18. Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?: **да / нет**  19. Курите ли Вы (курение одной и более сигарет в день)?: **да / нет**  20. Если Вы курите, то сколько? Число сигарет, выкуриваемых в день: \_\_ Стаж курения (в годах): \_\_  21. 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**  22. Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)?: **да / нет**  23. Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу не пробуя ее?: **да / нет**  24. Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?: **да / нет**  25. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки? **Никогда / Раз в месяц и реже / 2-4 раза в месяц / 2-3 раза в неделю / 4 и более раз в неделю**  26. Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) Вы выпиваете обычно за один раз? (1 порция равна ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл пива): \_\_\_  27. Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций? (6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 л пива):\_\_\_ |