

**Форма анкеты
на выявление хронических неинфекционных заболеваний,
факторов риска их развития, туберкулеза и потребления наркотических средств и
психотропных веществ без назначения врача**

	Дата обследования (день, месяц, год)		
	Ф.И.О. Пол		
	Дата рождения (день, месяц, год) Полных лет		
	Поликлиника №	Врач-терапевт участковый /врач общей практики (семейный врач) /фельдшер	
1.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас повышенное артериальное давление?		
	Нет	Да	
2.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?		
	Нет	Да	
3.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда)?		
	Нет	Да	
4.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)?		
	Нет	Да	
5.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови?		
	Нет	Да	
6.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеются заболевания желудка и кишечника (хронический гастрит, язвенная болезнь, полипы)?		
	Нет	Да	
7.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется заболевание почек?		
	Нет	Да	
8.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется онкологическое заболевание?		
	Нет	Да	
	если «ДА», то какое		
9.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется туберкулез легких?		
	Нет	Да	
10.	Был ли инфаркт миокарда у Ваших близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет)		
	Нет	Да	не знаю
11.	Был ли инсульт у Ваших близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет)		
	Нет	Да	не знаю
12.	Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования (рак желудка, кишечника, семейные полипозы)		
	Нет	Да	не знаю
13.	Возникает ли у Вас, когда Вы поднимаетесь по лестнице, идете в гору либо спешите или выходите из теплого помещения 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?		
	Нет	Да	
14.	Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут?		
	Нет	Да	Принимаю нитроглицерин
15.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге либо руке и ноге одновременно?		
	Нет	Да	
16.	Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица?		
	Нет	Да	
17.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?		
	Нет	Да	
18.	Возникало ли у Вас когда-либо внезапно резкое головокружение или неустойчивость при ходьбе, в связи с чем Вы не могли идти, были вынуждены лечь, обратиться за посторонней помощью (вызвать скорую медицинскую помощь)?		
	Нет	Да	
19.	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении		

	примерно 3-х месяцев в году?				
	Нет		Да		
20.	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?				
	Нет		Да		
21.	Беспокоят ли Вас следующие жалобы в любых сочетаниях: боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?				
	Нет		Да		
22.	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?				
	Нет		Да		
23.	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?				
	Нет		Да		
24.	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?				
	Нет		Да		
25.	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?				
	Нет		Да		
26.	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)				
	Нет		Да		Курил в прошлом
27.	Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя?				
	Нет		Да		
28.	Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя?				
	Нет		Да		
29.	Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете (употребляете алкоголь)?				
	Нет		Да		
30.	Похмеляетесь ли Вы по утрам?				
	Нет		Да		
31.	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		
32.	Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)?				
	Нет		Да		
33.	Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках, упаковках) или при приготовлении пищи?				
	Нет		Да		
34.	Имеете ли Вы привычку подсаживать приготовленную пищу, не пробуя ее?				
	Нет		Да		
35.	Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда или других сладостей в день?				
	Нет		Да		
36.	Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию?				
	Нет		Да		
37.	Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве?				
	Нет		Да		
38.	Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики?				
	Нет		Да		
39.	Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков?				
	Нет		Да		
40.	Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков?				
	Нет		Да		
41.	Испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании?				
	Нет		Да		
42.	Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания?				
	Нет		Да		
43.	Просыпались ли Вы ночью, чтобы помочиться?				
	Нет		Да		
	Если <<да>>, то сколько раз за ночь Вы встаёте, чтобы помочиться?				
	1 раз	2 раза	3 раза	4 раза	5 и более