**Анкета на выявления ХНИЗ, факторов риска их развития, риска потребления**

 **алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача: Анкета для граждан в возрасте до 75 лет**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 имеется**  |
| 1.1 | повышенное артериальное давление? нет да  |
| 1.2 | ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? Нет да |
| 1.3 | ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда)? Нет да |
| 1.4 | цереброваскулярное заболевание (в т.ч перенесенный инсульт) нет да |
| 1.5 | хроническое бронхо-легочное заболевание? Нет да |
| 1.6 | туберкулез легких или иные локализации? Нет да |
| 1.7 | сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови? Нет да |
| 1.8 | заболевание желудка или кишечника нет да(хронический гастрит, язвенная болезнь , полипы)? |
| 1.9 | хроническое заболевание почек? Нет да |
| 1.101.11 | онкологическое заболевание ?если «Да» то какое ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2. | **Был ли инфаркт миокарда или 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 |
| 3. | **Были ли у ваших родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования (**рак желудка, кишечника, предстательной железы, других локализаций)**семейные полипозы?**нет да |
| 3.1 | Если «ДА», то какое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **4.** | **Возникают ли у Вас , когда поднимаетесь по леснице, идете в гору или спешите или при выходите из теплого помещения на холодный воздух, боль, ощущение давления, жжение или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки с распространением в левую руку или без него** Нет да |
| **5.** | **если Вы остановитесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут?**нет да, исчезает да, исчезает после приема самостоятельно нитроглицерина |
| **6.** | **Возникала ли у Вас когда либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?** нет да  |
| **7.** | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** нет да |
| **8.** | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** нет да |
| **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 давления?** нет да  |
| **10.** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?** нет да |
| **11.** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** нет да  |
| **12.** | **Беспокоят ли Вас следующие жалобы в любых случаях: боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствия аппетита**? нет да |
| **13.** | **Похудели ли Вы в последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?** нет да |
| **14.**  | **Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?** нет да |
| **15.** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?**  нет да |
| **16.** | **Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?** нет да |
| **17.** | **Курите ли Вы ? (курение одной и более сигарет в день)** нет да |
| **17.1** | **Если Вы курите то сколько ?** сигарет в день\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сколько всего лет Вы курите \_\_\_\_\_лет  |
| **17.2** | **Бывают ли у Вас «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания**? нет да  |
| **18.** | **Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя?** нет да |
| **19.** | **Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употребления алкоголя?** нет да |
| **20.** | **Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете (употребляете алкоголь)** нет да |
| **21.** | **Похмеляетесь ли Вы по утрам?**  нет да |
| **22..** | **Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая, дорогу до места роботы и обратно)?** до 30 минут 30 минут и более |
| **23.** | **Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов ( или 4-5 порций ) фруктов и овощей (не считая картофеля)?**  нет да |
| **24.** | **Обращаете ли Вы на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках) или при приготовлении пищи?** нет да |
| **25.** | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?** нет да |
| **26.** | **Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек ) сахара , варенья , меда или других сладостей в день,** нет да |
| **27.** | **Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, что бы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию?**нет да |
| **28.** |  **Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве?**нет да |
| **29.** | **Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики?** нет да |
| **30.** | **Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употребелением наркотиков?** нет да |
| **31.** | **Случалось ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков?**нет да |
| **32.** | **Испытываете ли Вы затруднение при мочеиспускании?**нет да |
| **33.** | **Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания?**нет да |
| **34.** | **Просыпаетесь ли Вы ночью, что бы помочиться?** нет да |
| **34.1**  | **Если «ДА» , то сколько раз за ночь Вы встаете , что бы помочиться?** 1раз 2 раза 3 раза 4 раза |