

## 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 № 114**

**Врач-терапевт участковый** \_\_\_\_\_

**1. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется:**

- 1.1 повышенное артериальное давление? **да нет**  
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 иных локализаций? **нет да**  
1.7 сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови? **нет да**  
1.8 заболевания желудка и кишечника  
(хронический гастрит, язвенная болезнь, полипы)? **нет да**  
1.9 хроническое заболевание почек? **нет да**  
1.10 онкологическое заболевание? **нет да**  
1.11 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. Бы ли у Ваших близких 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 укажите какое заболевание? \_\_\_\_\_

**4. Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору, спешите или при выходе 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**

**5. Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут?** **нет да**, исчезает самостоятельно **да**, исчезает после приема нитроглицерина

**6. 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, пройти 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. Возникала 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 артериального 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 сочетаниях: боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?** **нет да**

**13. Похудели ли Вы за 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**, никогда не курил **да**, курю, курил в прошлом

17.1 Если Вы курите, то сколько сигарет в день \_\_\_\_\_, сколько всего лет курите \_\_\_\_\_

**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 употреблении 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 работы 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 внимание 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, чтобы 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 употреблением наркотиков?  
**нет да**
31. Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков? **нет да**
32. Испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании? **нет да**
33. Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания? **нет да**
34. Просыпаетесь ли Вы ночью, чтобы помочиться? **нет да**
- 34.1 Если «да», то сколько раз за ночь Вы встаёте, чтобы помочиться?  
**1 раз 2 раза 3 раза 4 раза 5 и более**