

АНКЕТА ДЛЯ ГРАЖДАН В ВОЗРАСТЕ 75 лет и старше

Дата обследования (день, месяц, год) _____

Ф.И.О. _____ Пол _____

Дата рождения (день, месяц, год) _____ Полных лет _____

Поликлиника № 114

Врач-терапевт участковый _____

1. Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):

-повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)? **да нет**

-ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? **да нет**

-сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови? **да нет**

-онкологическое злокачественное заболевание (если «ДА» указать, какое)? **да нет**

-перенесенный инфаркт миокарда? **да нет**

-перенесенный инсульт? **да нет**

-хроническое бронхо-легочное заболевание **да нет**

-хроническое заболевание почек **да нет**

2. Возникает ли у Вас во время ходьбы или волнения жгущая, давящая, сжимающая боль за грудиной, в левой половине грудной клетки, в левом плече или руке? **да нет**

3. Если «да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или после приема нитроглицерина? **да нет**

4. Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате? **да нет**

5. Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка? **да нет**

6. Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз? **да нет**

7. Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня? **да нет**

8. Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день) **да нет**

9. Были ли у Вас случаи падений за последний год более 2 раз? **да нет**

10. Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста при ходьбе по ровной поверхности или спонтанный перелом (без видимой причины), в т.ч. перелом позвонка?

да нет

11. Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы? **да нет**

12. Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время? **да нет**

12.1 Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности? **да нет**

12.2 Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита? **да нет**

13. Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения? **да нет**

14. Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха? **да нет**

15. Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время? **да нет**

16. Есть ли у Вас проблемы с памятью, существенно мешающие Вам в повседневной жизни? **да нет**

17. Страдаете ли Вы недержанием мочи? **да нет**

18. Имеете ли Вы привычку досаливать приготовленную пищу, не пробуя ее? **да нет**

19. Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей (1 порция = 200 гр. овощей или = 1 фрукту среднего размера)? **да нет**

20. Ограничивает ли Вы потребление пищи с высоким содержанием холестерина **да нет**

21. Употребляете ли Вы рыбу 2 раза или более в неделю? **да нет**

22. Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю? **да нет**

23. Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу 30 минут и более? **да нет**