**Анкета на выявление ХНИЗ, факторов риска их развития, риска потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача**

**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 №\_\_\_\_\_\_ | Врач-терапевт участковый /врач общей практики (семейный врач)/фельдшер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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, пройтись 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 соблюдения 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.  | Ограничивайте ли Вы потребление пищи с высоким содержанием холестерина (сливочное масло, сало, жирные сорта мяса, печень, яйца птицы и др.)  | 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  |