Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении

Дата анкетирования (день, месяц, год)			
Ф.И.О. пациента:		Пол:	
Дата рождения (день, месяц, год):		Полных лет:	
Должность и Ф.И.О., проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам: _____			
1.	**Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется:**		
1.1.	гипертоническая болезнь, повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	Нет
1.2.	сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	Нет
1.3.	злокачественное новообразование?	Да	Нет
	Если «Да», то какое? _____	Да	Нет
1.4.	повышенный уровень холестерина?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	Нет
1.5.	перенесенный инфаркт миокарда?	Да	Нет
1.6.	перенесенный инсульт?	Да	Нет
1.7.	хронический бронхит или бронхиальная астма?	Да	Нет
2.	**Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения, тяжести или явного дискомфорта за грудиной и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке?**	Да	Нет
3.	**Если на вопрос 2 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают в течение не более чем 20 мин после прекращения ходьбы/адаптации к холоду/в тепле/в покое и (или) они исчезают через 1-5 мин 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 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.	**Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?**	Да	Нет
9.	**Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в**		

	грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?		
10.	**Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?**	Да	Нет
11.	**Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита**?**	Да	Нет
12.	**Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?**	Да	Нет
13.	**Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день)	Да	Нет
14.	**Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста, при ходьбе по ровной поверхности или перелом без видимой причины, в т.ч. перелом позвонка?**	Да	Нет
15.	**Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?**	Да	Нет
16.	**Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?**	Да	Нет
17.	**Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?**	Да	Нет
18.	**Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?**	Да	Нет
19.	**Были ли у Вас случаи падений за последний год?**	Да	Нет
20.	**Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?**	Да	Нет
21.	**Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?**	Да	Нет
22.	**Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?**	Да	Нет
23.	**Страдаете ли Вы недержанием мочи?**	Да	Нет
24.	**Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?**	Да	Нет
25.	**Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?**	Да	Нет
26.	**Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?**	Да	Нет
27.	**Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?**	Да	Нет
28.	**Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?**	Да	Нет
29.	**Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?**	До 5	5 и более
30.	**Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)**	Да	Нет