

Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача

Дата анкетирования (день, месяц, год):			
Ф.И.О. пациента:			Пол: м / ж
Дата рождения (день, месяц, год):			Полных лет:
Медицинская организация: ГУЗ городская поликлиника №1 им. С. М. Кирова			
Должность и Ф.И.О. специалиста 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)?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	Нет
1.2.	Ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да	Нет
1.3.	Цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?	Да	Нет
1.4.	Хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?	Да	Нет
1.5.	Туберкулез (легких или иных локализаций)?	Да	Нет
1.6.	Сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	Нет
1.7.	Заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?	Да	Нет
1.8.	Хроническое заболевание почек?	Да	Нет
1.9.	Злокачественное новообразование?	Да	Нет
	Если «Да», то какое? _	_	
1.10.	Повышенный уровень холестерина?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	Нет
2.	Был ли у Вас инфаркт миокарда?		
3.	Был ли у Вас инсульт?		
4.	Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте (до 65 лет у матери или родных сестер или до 55 лет у отца или родных братьев)?		
5.	Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования (легкого, желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или полипоз желудка, семейный аденоматоз / диффузный полипоз толстой кишки? (нужное подчеркнуть)		
6.	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?		
7.	Если на вопрос 6 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или 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		
8.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?		
9.	Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?		
10.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?		
11.	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3 месяцев в году?		
12.	Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?		
13.	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?		
14.	Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?		
15.	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?		
16.	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?		
17.	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?		
18.	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?		
19.	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)		

20.	Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете? _____ сиг/день		
21.	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
22.	Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?		
23.	Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?		
24.	Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?		
25.	Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?		
	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)
			2-3 раза в неделю (3 балла)
			> 4 раз в неделю (4 балла)
26.	Какое количество алкогольных напитков (порций) Вы выпиваете обычно за один раз? 1 порция равна 12 мл чистого этанола ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки), ИЛИ 100 мл сухого вина, ИЛИ 300 мл пива		
	1-2 порции (0 баллов)	3-4 порции (1 балл)	5-6 порций (2 б.)
			7-9 порций (3 балла)
			> 10 порций (4 балла)
27.	Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций? 6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки), ИЛИ 600 мл сухого вина, ИЛИ 1,8 л пива		
	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)
			2-3 раза в неделю (3 балла)
			> 4 раз в неделю (4 балла)
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна _____ баллов			
28.	Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)?		Да
			Нет

Дополнения к анкете для выявления постCOVID-19 синдрома

Выявление постковидного COVID-19 синдрома (последствий перенесенной новой коронавирусной инфекции)				
1	Говорил ли Вам врач, что Вы болели или перенесли, в том числе «на ногах», новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)?		Да	Нет
2	Если «ДА», то укажите ориентировочно сколько месяцев прошло от начала заболевания и какой степени тяжести была коронавирусная инфекция (COVID-19)	_____ мес. Легкой	_____ мес. Средней и выше	_____ мес. Не знаю
3	Ощущаете ли Вы в настоящее время снижение качества жизни (уровня здоровья) (КЖ) или работоспособности (РСП), связанное с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)?	Да, ощущаю существенное снижение КЖ и/или РСП	Да, ощущаю незначительное снижение КЖ и/или РСП	Нет, не ощущаю
3.1	Оцените вклад появления/усиления одышки и снижения переносимости физической нагрузки и/или хронического кашля как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.2	Оцените вклад появления/усиления болей в груди и/или сердцебиений, и/или отеков на ногах как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.3	Оцените вклад появления/усиления усталости, и/или мышечных болей, и/или головной боли, и/или дисавтономии (функциональные нарушения регуляции деятельности желудочно-кишечного тракта, печени, почек, мочевого пузыря, легких, сердца, желез внутренней и внешней секреции, кровеносных и лимфатических сосудов), и/или когнитивных нарушений (снижение памяти, умственной работоспособности и других познавательных функций мозга) как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.4	Оцените вклад нестабильного течения сахарного диабета (ранее протекавшего стабильно) или выявление сахарного диабета после перенесенного COVID-19 как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.5	Оцените вклад выпадения волос или появление кожной сыпи как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.6	Оцените вклад появления/усиления болей в суставах как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.7	Оцените вклад потери вкуса и/или обоняния как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.8	Отмечаете ли Вы сохранение повышенной температуры с момента выздоровления после перенесенной коронавирусной инфекции (COVID-19)?	Основной	Второстепенный	Отсутствовал

Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача

Дата анкетирования (день, месяц, год):			
Ф.И.О. пациента:			Пол: м / ж
Дата рождения (день, месяц, год):			Полных лет:
Медицинская организация: ГУЗ городская поликлиника №1 им. С. М. Кирова			
Должность и Ф.И.О. специалиста 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)?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	Нет
1.2.	Ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да	Нет
1.3.	Цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?	Да	Нет
1.4.	Хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?	Да	Нет
1.5.	Туберкулез (легких или иных локализаций)?	Да	Нет
1.6.	Сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	Нет
1.7.	Заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?	Да	Нет
1.8.	Хроническое заболевание почек?	Да	Нет
1.9.	Злокачественное новообразование?	Да	Нет
	Если «Да», то какое? _	_	
1.10.	Повышенный уровень холестерина?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	Нет
2.	Был ли у Вас инфаркт миокарда?		
3.	Был ли у Вас инсульт?		
4.	Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте (до 65 лет у матери или родных сестер или до 55 лет у отца или родных братьев)?		
5.	Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования (легкого, желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или полипоз желудка, семейный аденоматоз / диффузный полипоз толстой кишки? (нужное подчеркнуть)		
6.	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?		
7.	Если на вопрос 6 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или 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		
8.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?		
9.	Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?		
10.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?		
11.	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3 месяцев в году?		
12.	Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?		
13.	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?		
14.	Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?		
15.	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?		
16.	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?		
17.	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?		
18.	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?		
19.	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)		

20.	Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете? _____ сиг/день				
21.	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
22.	Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?			Да	Нет
23.	Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?			Да	Нет
24.	Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?			Да	Нет
25.	Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?				
	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	> 4 раз в неделю (4 балла)
26.	Какое количество алкогольных напитков (порций) Вы выпиваете обычно за один раз? 1 порция равна 12 мл чистого этанола ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки), ИЛИ 100 мл сухого вина, ИЛИ 300 мл пива				
	1-2 порции (0 баллов)	3-4 порции (1 балл)	5-6 порций (2 б.)	7-9 порций (3 балла)	> 10 порций (4 балла)
27.	Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций? 6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки), ИЛИ 600 мл сухого вина, ИЛИ 1,8 л пива				
	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	> 4 раз в неделю (4 балла)
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна _____ баллов					
28.	Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)?			Да	Нет

Дополнения к анкете для выявления постCOVID-19 синдрома

Выявление постковидного COVID-19 синдрома (последствий перенесенной новой коронавирусной инфекции)				
1	Говорил ли Вам врач, что Вы болели или перенесли, в том числе «на ногах», новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)?		Да	Нет
2	Если «ДА», то укажите ориентировочно сколько месяцев прошло от начала заболевания и какой степени тяжести была коронавирусная инфекция (COVID-19)	_____ мес. Легкой	_____ мес. Средней и выше	_____ мес. Не знаю
3	Ощущаете ли Вы в настоящее время снижение качества жизни (уровня здоровья) (КЖ) или работоспособности (РСП), связанное с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)?	Да, ощущаю существенное снижение КЖ и/или РСП	Да, ощущаю незначительное снижение КЖ и/или РСП	Нет, не ощущаю
3.1	Оцените вклад появления/усиления одышки и снижения переносимости физической нагрузки и/или хронического кашля как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.2	Оцените вклад появления/усиления болей в груди и/или сердечбиений, и/или отеков на ногах как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.3	Оцените вклад появления/усиления усталости, и/или мышечных болей, и/или головной боли, и/или дисавтономии (функциональные нарушения регуляции деятельности желудочно-кишечного тракта, печени, почек, мочевого пузыря, легких, сердца, желез внутренней и внешней секреции, кровеносных и лимфатических сосудов), и/или когнитивных нарушений (снижение памяти, умственной работоспособности и других познавательных функций мозга) как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.4	Оцените вклад нестабильного течения сахарного диабета (ранее протекавшего стабильно) или выявление сахарного диабета после перенесенного COVID-19 как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.5	Оцените вклад выпадения волос или появление кожной сыпи как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.6	Оцените вклад появления/усиления болей в суставах как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.7	Оцените вклад потери вкуса и/или обоняния как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.8	Отмечаете ли Вы сохранение повышенной температуры с момента выздоровления после перенесенной коронавирусной инфекции (COVID-19)?	Основной	Второстепенный	Отсутствовал