

Анкета для граждан в возрасте до 65 лет

Паспортная часть		
Ф.И.О.		
Дата рождения (число, месяц, год)		
Возраст (полных лет)		
Дата заполнения анкеты (число, месяц, год)		
№	Вопрос	Ответ
1	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется	
1.1	гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?	
1.1.1	Если "Да", то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	
1.2	сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	
1.2.1	Если "Да", то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	
1.3	злокачественное новообразование?	
1.3.1	Если "Да", то какое?	
1.4	повышенный уровень холестерина?	
1.4.1	Если "Да", то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	
1.5	Был ли у Вас инфаркт миокарда?	
1.6	Был ли у Вас инсульт?	
1.7	Хронический бронхит или бронхиальная астма?	
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?	
3	Если на вопрос 2 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	
4	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?	
5	Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?	
6	Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	
7	Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?	

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