

**Анкета на выявление хронических неинфекционных заболеваний,
факторов риска их развития и потребления наркотических средств и психотропных
веществ без назначения врача и правила вынесения заключения по результатам опроса
(анкетирования) граждан при прохождении профилактического
медицинского осмотра**

	Дата обследования (день, месяц, год) _____		
	Ф И О _____		Пол _____
	Дата рождения (день, месяц, год) _____		Полных лет _____
	Поликлиника № ____		
1.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас повышенное артериальное давление?		
	Нет	да	
2.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?		
	Нет	да	
3.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда)?		
	Нет	да	
4.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)?		
	Нет	да	
5.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется сахарный диабет?		
	Нет	да	
6.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется онкологическое заболевание?		
	Нет	да	
	если «ДА», то какое _____		
7.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется туберкулез легких?		
	Нет	да	
8.	Был ли инфаркт миокарда у Ваших близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет)		
	Нет	да	не знаю
9.	Был ли инсульт у Ваших близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет)		
	Нет	да	не знаю
10.	Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования (рак желудка, кишечника, семейные полипозы)		
	Нет	да	не знаю
11.	Возникает ли у Вас, когда Вы поднимаетесь по лестнице, идете в гору либо спешите или выходите из теплого помещения на холодный воздух, боль, ощущение давления, жжения или тяжести за грудной или в левой половине грудной клетки с распространением в левую руку или без него?		
	Нет	да	
12.	Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут?		
	Нет	да	Принимаю нитроглицерин
13.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге либо в руке и ноге одновременно?		
	Нет	да	
14.	Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица?		
	Нет	да	
15.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?		
	Нет	да	
16.	Возникало ли у Вас когда-либо внезапно резкое головокружение или неустойчивость при ходьбе в связи с чем Вы не могли идти, были вынуждены лечь, обратиться за посторонней помощью (вызвать бригаду скорой помощи)?		
	Нет	да	

17.	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?		
	Нет	да	
18.	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?		
	Нет	да	
19.	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?		
	Нет	да	
20.	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?		
	Нет	да	
21.	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?		
	Нет	да	
22.	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?		
	Нет	да	
23.	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)		
	Нет	да	
24.	Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя?		
	Нет	да	
25.	Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя?		
	Нет	да	
26.	Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете?		
	Нет	да	
27.	Похмеляетесь ли Вы по утрам?		
	Нет	да	
28.	Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?		
	нет	да	
29.	Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)?		
	Нет	да	
30.	Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках, упаковках) или при приготовлении пищи?		
	Нет	да	
31.	Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?		
	Нет	да	
32.	Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда или других сладостей в день?		
	Нет	да	
33.	Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию?		
	Нет	да	
34.	Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве?		
	Нет	да	
35.	Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики?		
	Нет	да	
36.	Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков?		
	Нет	да	
37.	Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков?		
	Нет	да	