

**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: |
| Медицинская организация:   |  |    |             |
| Должность и Ф.И.О. медицинского работника, 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?   |    |             |
| 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  | Возникла 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  | Возникло ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?   | Да | Нет         |
| 6  | Возникла 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?   | Да   | Нет       |
| 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       |