**Профилактический медицинский осмотр**

**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 №\_\_\_ Участковый врач /врач общей практики/семейный врач |
| 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)? |
|  |  |
| 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 |
| 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 или спешите или выходите из теплого помещения на холодный воздух,боль,ощущение давления,жжения,или тяжести за грудиной 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 |
| 13 | Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге,или руке и ноге одновременно? |
|  | НЕТ ДА |
| 14 | Возникало ли у Вас когда-либо внезапно кратковременное онемение в одной руке,ноге или половине лица? |
|  | НЕТ ДА |
| 15 | Возникала ли у Вас когда-либо 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 в постель,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 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 Курил в прошлом |
| 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 , что Вы пьете? |
|  | НЕТ ДА |
| 27 | Похмеляетесь ли Вы по утрам? |
|  | НЕТ ДА |
| 28 | Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу умеренном или быстром темпе(включая дорогу до места работы и обратно?) |
|  | ДО 30 МИН 30 МИНУТ И БОЛЕЕ |
| 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? |
|  | 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 и других сладостей в день? |
|  | НЕТ ДА |
| 33 | Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики,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 |