

**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., проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам: | | | |
| 1. | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется: | Да | Нет |
| 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 |

**Дополнительная анкета для лиц проходящих углубленную диспансеризацию
в связи с ранее перенесенной КОВИД- инфекцией**

| Выявление постковидного COVID-19 синдрома (последствий перенесённой новой коронавирусной инфекции) | | | | |
|--|---|---|--|-----------------------|
| 1 | Говорили 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 с момента выздоровления и какой степени тяжести была коронавирусная инфекция (COVID-19) | _____ мес. Лёгкой | _____ 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 перенесённой новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) | Да, ощущаю существенно е 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 отёков 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, лёгких, сердца, желёз 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 перенесённого COVID-19 как причины снижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| 3.5 | Оцените вклад выпадения волос и/или появления 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 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

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 | Да | Нет |
| 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? | Да | Нет |
| 3. | Был ли у Вас инсульт? | Да | Нет |
| 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)? | Да | Нет |
| 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) | Да | Нет |
| 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 грудной и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке? | Да | Нет |

| | | | | | |
|---|---|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 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 % | Да | Нет | | |
| 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? | Да | Нет | | |
| 9. | Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка? | Да | Нет | | |
| 10. | Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз? | Да | Нет | | |
| 11. | Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году? | Да | Нет | | |
| 12. | Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании? | Да | Нет | | |
| 13. | Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье? | Да | Нет | | |
| 14. | Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита? | Да | Нет | | |
| 15. | Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул? | Да | Нет | | |
| 16. | Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)? | Да | Нет | | |
| 17. | Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия? | Да | Нет | | |
| 18. | Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом? | Да | Нет | | |
| 19. | Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день) | Да | Нет | | |
| 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 (сколько 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 балла) | 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 | | |