

Анкета для граждан в возрасте до 75 лет

Дата обследования:
день месяц год

Ф.И.О. _____

Дата рождения:
 день месяц год

Полных лет:

Пол: М Ж

1.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется:		
1.1.	повышенное артериальное давление?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2.	ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.3.	ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда)?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.4.	цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.5.	хроническое бронхо-легочное заболевание?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.6.	туберкулез легких или иных локализаций?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.7.	сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.8.	заболевания желудка и кишечника (хронический гастрит, язвенная болезнь, полипы)?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.9.	хроническое заболевание почек?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.10.	онкологическое заболевание?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.11.	Если «ДА», то какое: _____		
2.	Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет)?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3.	Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования (рак желудка, кишечника, предстательной железы, других локализаций) семейные полипозы?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3.1.	Если «ДА», то какое: _____		
4.	Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите или при выходе 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?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
5.	Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль Или эти ощущения в течение примерно 10 минут?	Да, исчезает самостоятельно <input type="checkbox"/>	Исчезает после приема нитроглицерина <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
6.	Возникла ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
7.	Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
8.	Возникла ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
9.	Приходилось ли Вам вызывать скорую помощь по поводу гипертонического криза, то есть в связи с резким ухудшением самочувствия, сильной головной боли, сопровождающейся тошнотой, рвотой, из-за повышения артериального давления?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
10.	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
11.	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

12.	Беспокоят ли Вас следующие жалобы в любых сочетаниях: боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
13.	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
14.	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
15.	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
16.	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
17.	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	Нет, никогда не курил		Курил в прошлом	Да, курю
17.1.	Если Вы курите, то сколько?	сигарет в день:	<input type="text"/>	сколько лет Вы курите:	<input type="text"/>
17.2.	Бывают ли у Вас «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
18.	Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
19.	Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
20.	Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете (употребляете алкоголь)?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
21.	Похмеляетесь ли Вы по утрам?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
22.	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
23.	Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
24.	Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках) или при приготовлении пищи?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
25.	Имеете ли Вы привычку подсаживать приготовленную пищу, не пробуя ее?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
26.	Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда или других сладостей в день?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
27.	Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
28.	Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
29.	Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
30.	Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
31.	Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
32.	Испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
33.	Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
34.	Просыпаетесь ли Вы ночью, чтобы помочиться?			Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
34.1.	Если «ДА», то сколько раз за ночь Вы встаёте, чтобы помочиться?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1 раз	2 раза	3 раза	4 раза
					5 и более