ЗАПОЛНИТЬ АНКЕТУ ПЕРЕД НАЧАЛОМ МЕДОСМОТРА

АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТА
на выявление хронических неинфекционных заболеваний,
факторов риска их развития,
потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача

Дата анкетирования (день, месяц, год): «___» _____ 20___г.
Ф.И.О. пациента: _____ Пол: _____
Дата рождения (день, месяц, год): «_____» _____ _____ г. Полных лет: ___

1.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется:		
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
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 грудиной 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

ЗАПОЛНИТЬ АНКЕТУ ПЕРЕД НАЧАЛОМ МЕДОСМОТРА

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, пройтись 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? _____		
21.	Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?	До 30 мин	> 30 мин
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? (подчеркнуть) Никогда 1 раз в мес. и реже 2-4 раза в мес. 2-3 раза в неделю > 4 раз в неделю		
26.	Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу? _____ _____ _____		
27.	Только для ЖЕНЩИН: есть ли у вас **СЕГОДНЯ** месячные?	ДА	НЕТ