1. **Анкета для граждан в возрасте 75 лет и старше на выявление**

**хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **астении** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Дата обследования (день, месяц, год): |  |  |  |  |
|  | Ф.И.О.: |  | Пол: |  |  |
|  | Дата рождения (день, месяц, год): | Полных лет: |  |  |
|  | Поликлиника № |  | Врач/фельдшер: |  |  |
|  | **1** | **Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния** | **):** |  |  |  |
|  |  | 1.1. гипертоническая болезнь, повышенное артериальное | Да |  | Нет |  |
|  |  | давление (артериальная гипертония)? |  |  |  |  |
|  |  | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения | Да |  | Нет |  |
|  |  | давления? |  |  |  |  |  |
|  |  | 1.2.сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) | Да |  | Нет |  |
|  |  | в крови? |  |  |  |  |  |
|  |  | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня | Да |  | Нет |  |
|  |  | сахара? |  |  |  |  |  |
|  |  | 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 | Да |  | Нет |  |
|  |  | холестерина? |  |  |  |  |  |
|  |  | 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** | Да |  | Нет |  |
|  |  | **гору или спешите,** | **или при выходе из теплого помещения на** |  |  |  |  |
|  |  | **холодный воздух,** | **боль или ощущение давления, жжения** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **или тяжести за грудиной или в левой половине грудной** |  |  |
|  | **клетки, с распространением в левую руку?** |  |  |
| **3** | **Если «Да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин** | Да | Нет |
|  | **или через 2-5 мин после приема нитроглицерина?** |  |  |
| **4** | **Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге** | Да | Нет |
|  | **так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со** |  |  |
|  | **стула, пройтись по комнате?** |  |  |
| **5** | **Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин** | Да | Нет |
|  | **кратковременное онемение в одной руке, ноге или** |  |  |
|  | **половине лица, губы или языка?** |  |  |
| **6** | **Возникала у Вас когда-либо внезапно кратковременная** | Да | Нет |
|  | **потеря зрения на один глаз?** |  |  |
| **7** | **Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?** | Да | Нет |
| **8** | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | Да | Нет |
| **9** | **Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста,** | Да | Нет |
|  | **при ходьбе по ровной поверхности или перелом без** |  |  |
|  | **видимой причины**, **в т.ч. перелом позвонка?** |  |  |
| **10** | **Считаете ли Вы, что Ваш** | **рост заметно снизился за последние** | Да | Нет |
|  | **годы?** |  |  |  |
| **11** | **Присутствует ли в Ваш** | **ем ежедневном рационе 2 и более** | Да | Нет |
|  | **порции фруктов или овощей?** (1порция=200гр.овощей или |  |  |
|  | = 1 фрукт среднего размера) |  |  |
| **12** | **Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые,** | Да | Нет |
|  | **молочные продукты)** |  |  |  |
|  | **3 раза или более в неделю?** |  |  |
| **13** | **Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и** | Да | Нет |
|  | **другие физические упражнения 30 минут и более?** |  |  |
| **14** | **Были ли у Вас случаи падений за последний год?** | Да | Нет |
| **15** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в** | Да | Нет |
|  | **повседневной жизни из-за снижения зрения?** |  |  |
| **16** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в** | Да | Нет |
|  | **повседневной жизни из-за снижения слуха?** |  |  |
| **17** | **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или** | Да | Нет |
|  | **встревоженным в последнее время?** |  |  |
| **18** | **Страдаете ли Вы недержанием мочи?** | Да | Нет |
| **19** | **Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому,** | Да | Нет |
|  | **улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?** |  |  |
| **20** | **Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием,** | Да | Нет |
|  | **ориентацией или способностью планировать?** |  |  |
| **21** | **Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время** | Да | Нет |
|  | **(не менее 5 кг за полгода)?** |  |  |
| **22** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со** | Да | Нет |
|  | **специальным соблюдением диеты или увеличением** |  |  |
|  | **физической активности?** |  |  |
| **23** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со** | Да | Нет |
|  | **снижением аппетита?** |  |  |  |
| **24** | **Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете** | До 5 | 5 и более |
|  | **ежедневно или несколько раз в неделю?** |  |  |