## 

1. **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., проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам: | | | |
| **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 головногомозга)? | 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», токакое?** | | |
| 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) влевой руке?** | Да | Нет |
| **7** | **Если на вопрос 6 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или через 5-10 мин после прекращения ходьбы/адаптации к холоду и (или) 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, 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 вденьвыкуриваете?\_\_\_\_\_\_\_\_**сиг/день | | | | | | | |  |  |
| **21** | **СколькоминутвденьВытратитенаходьбувумеренномилибыстромтемпе(включаядорогудоместа работы и обратно)?** | | | | | | | | До30  минут | 30мин.и более |
| **22** | **ПрисутствуетливВашемежедневномрационе2иболеепорциифруктовилиовощей?**(1порцияфруктов =200 г.1 порцияовощейне считая картофеля = 200 г.) | | | | | | | | Да | Нет |
| **23** | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?** | | | | | | | | Да | Нет |
| **24** | **ПринималилиВызапоследнийгодпсихотропныеилинаркотическиевеществабезназначенияврача?** | | | | | | | | Да | Нет |
| **25** | **Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?** | | | | | | | | | |
| Никогда (0 баллов) | | | Раз в месяц и реже (1 балл) | 2-4 раза в месяц (2балла) | | | 2-3 раза в неделю (3 балла) | | ≥ 4 раз внеделю  (4 балла) | |
| **26** | **Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз?**  1 порция равна 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 сухоговина 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 разв неделю(4 балла) | |
|  | **ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№25-27равна\_\_\_\_ 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 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Выявление постковидного COVID-19 синдрома (последствий перенесенной новой коронавирусной инфекции)1** | | | |
| **1** | **Говорил ли Вам врач, что Вы болели или перенесли, в томчисле «на ногах» новую коронавируснуюинфекцию (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.  Легкой | \_\_\_\_мес.  Средней ивыше | \_\_\_\_мес.  Незнаю |
| **3** | Ощущаете ли Вы в настоящее время снижение качества жизни (уровня здоровья) (КЖ) или работоспособности (РСП), связанное с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)? | Да,ощущаю существенное снижение КЖи/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/илисердцебиений, и/или отеков 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 дизавтономии (функциональные нарушения регуляции деятельности желудочно-кишечного тракта, печени, почек, мочевого пузыря, легких, сердца, желез внутренней и внешней секреции, кровеносных и лимфатических сосудов), и/или когнитивных нарушений (снижение памяти, умственной работоспособности и других познавательных функций мозга) как причиныснижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| 3.4 | Оцените вклад нестабильного течения сахарного диабета (ранее протекавшего стабильно) или выявление сахарного диабета после перенесенного COVID-19 как причины снижения КЖи/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| 3.5 | Оцените вклад выпадения волос или появление 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 причиныснижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| 3.8 | Отмечаете ли Вы сохранение повышенной температуры смомента выздоровления коронавирусной инфекции (COVID- 19)? | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |

1\* Постковидный синдром определяется как стойкие симптомы и/или отсроченные или долгосрочные осложнения по истечении 4 недель с момента появления симптомов (Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A. etal. Post-acute COVID-19 syndrome. NatMed 27, 601–615 (2021). https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z).

#### 