**Анкета для граждан в возрасте 65 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 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 или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку?** | Да | Нет |
| **3** | **Если «Да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или через 2-5 мин после приема нитроглицерина?** | Да | Нет |
| **4** | **Возникала 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** | **Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** | Да | Нет |
| **6** | **Возникала 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** | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | Да | Нет |
| **9** | **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 |
| **10** | **Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?** | Да | Нет |
| **11** | **Присутствует ли в Ваш ем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей?** (1 порция =200 гр. овощей или = 1 фрукт среднего размера) | Да | Нет |
| **12** | **Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?** | Да | Нет |
| **13** | **Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?** | Да | Нет |
| **14** | **Были ли у Вас случаи падений за последний год?** | Да | Нет |
| **15** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?** | Да | Нет |
| **16** | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?** | Да | Нет |
| **17** | **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?** | Да | Нет |
| **18** | **Страдаете ли Вы недержанием мочи?** | Да | Нет |
| **19** | **Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?** | Да | Нет |
| **20** | **Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?** | Да | Нет |
| **21** | **Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?** | Да | Нет |
| **22** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?** | Да | Нет |
| **23** | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?** | Да | Нет |
| **24** | **Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?** | До 5 | 5 и более |