|  |
| --- |
| **2. Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 (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, 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 |
| 3 | Если ответ "Да" по [вопросу 2](#P1252), 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 |
| 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 | Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году? | | | Да | | Нет |
| 9 | Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании? | | | Да | | Нет |
| 10 | Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье? | | | Да | | Нет |
| 11 | Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита? | | | Да | | Нет |
| 12 | Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом? | | | Да | | Нет |
| 13 | Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день) | | | Да | | Нет |
| 14 | 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 |
| 15 | Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы? | | | Да | | Нет |
| 16 | Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей? (1 порция фруктов = 200 г. 1 порция овощей не считая картофеля = 200 г.) | | | Да | | Нет |
| 17 | Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю? | | | Да | | Нет |
| 18 | Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более? | | | Да | | Нет |
| 19 | Были ли у Вас случаи падений за последний год? | | | Да | | Нет |
| 20 | Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения? | | | Да | | Нет |
| 21 | Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха? | | | Да | | Нет |
| 22 | Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время? | | | Да | | Нет |
| 23 | Страдаете ли Вы недержанием мочи? | | | Да | | Нет |
| 24 | Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет? | | | Да | | Нет |
| 25 | Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать? | | | Да | | Нет |
| 26 | Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)? | | | Да | | Нет |
| 27 | Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности? | | | Да | | Нет |
| 28 | Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита? | | | Да | | Нет |
| 29 | Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю? | | | До 5 | | 5 и более |
| 30 | 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) [<3>](#P1427)# | | | | | | |
| #1# | #Говорил ли Вам врач, что Вы болели или перенесли, в том числе "на ногах", новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)?# | | #Да# | | #Нет# | |
| #2# | #Если "ДА", то укажите ориентировочно сколько месяцев прошла с момента выздоровления и какой степени тяжести была коронавирусная инфекция (COVID-19)# | #\_\_\_\_ мес.  Легкой# | #\_\_\_\_ мес. Средней и выше# | | #\_\_\_\_ мес.  Не знаю# | |
| #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 КЖ и/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 РС# | | #Основной# | #Второстепенный# | | #Отсутствовал# |
| #3.2# | #Оцените вклад появления/усиления болей в груди и/или сердцебиений, 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 причины снижения КЖ и/или РСП# | | #Основной# | #Второстепенный# | | #Отсутствовал# |
| #3.4# | #Оцените вклад нестабильного течения сахарного диабета (ранее протекавшего стабильно) или впервые выявленного сахарного диабета после перенесенного COVID-19 как причины снижения КЖ и/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 причины снижения КЖ и/или РСП# | | #Основной# | #Второстепенный# | | #Отсутствовал# |
| #3.8# | #Отмечаете ли Вы сохранение повышенной температуры с момента выздоровления коронавирусной инфекции (COVID-19)?# | | #Основной# | #Второстепенный# | | #Отсутствовал# |