

Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше

Дата анкетирования

Дата рождения

возрастная категория

Поликлиника

Врач-терапевт участковый / врач общей практики (семейный врач) / фельдшер

1.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется:	
1.1	гипертоническая болезнь, повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)?	нет да
1.2	если "ДА", то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	нет да
	сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови?	нет да
	если "ДА", то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	нет да
1.3	злокачественное новообразование?	нет да
	если "ДА", то какое	
1.4	повышенный уровень холестерина?	нет да
	если "ДА", то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	нет да
1.5	перенесенный инфаркт миокарда?	нет да
1.6	перенесенный инсульт?	нет да
1.7	хронический бронхит или бронхиальная астма?	нет да
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?	
3.	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	
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, пройти по комнате?	
5.	Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?	
6.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	
7.	Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?	
8.	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?	
9.	Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?	
10.	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?	
11.	Быспокоят ли у Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?	
12.	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?	
13.	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	
14.	Бывают ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста при ходьбе по ровной поверхности или перелом без видимой причины, в т.ч. перелом позвоночника?	
15.	Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?	
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.)	

17.	Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?	нет	да
18.	Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?	нет	да
19.	Были ли у Вас случаи падений за последний год?	нет	да
20.	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?	нет	да
21.	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?	нет	да
22.	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?	нет	да
23.	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	нет	да
24.	Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?	нет	да
25.	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	нет	да
26.	Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?	нет	да
27.	Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?	нет	да
28.	Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?	нет	да
29.	Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?	До 5	5 и бол
30.	Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)?	нет	да