Форма 1-А

АНКЕТА  
выявления факторов риска развития неинфекционных заболеваний

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата проведения анкетирования: | | | | | | | | |
| Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется): | | | | | | | | |
| Число, месяц, год рождения: | | | | Возраст: | | | | |
| 1 | Имеется ли у Вас хроническое и/или врожденное заболевание? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| Оценка факторов риска развития болезней системы кровообращения | | | | | | | | |
| 2 | Был ли инфаркт миокарда, или инсульт, или внезапная смерть у Ваших близких родственников (у матери, отца или родных сестер, братьев)? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 3 | Есть ли у Вас привычка досаливать приготовленную пищу? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 4 | Есть ли у Вас избыточный вес? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 5 | Были ли у Вас эпизоды повышения артериального давления? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 6 | Часто ли Вы испытываете стрессы? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 7 | Было ли у Вас ранее выявлено повышение уровня холестерина в крови? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 8 | Отмечаются ли у Вас потери сознания? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 9 | Беспокоит ли Вас ощущение перебоев и пауз в работе сердца, и (или) очень быстрое биение сердца, и (или) чрезвычайно медленное биение сердца? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| Оценка факторов риска развития сахарного диабета 2 типа | | | | | | | | |
| 10 | Вы тратите на физическую активность менее 30 минут в день? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 11 | Вы ежедневно употребляете менее 400 грамм фруктов и овощей (не считая картофеля)? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 12 | Выявляли ли у Вас когда-либо повышение уровня глюкозы в крови (при проведении диспансеризации, во время болезни, в период беременности)? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 13 | Был ли сахарный диабет у Ваших близких родственников (у матери, отца или родных сестер, братьев)? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| Оценка факторов риска развития онкологических заболеваний | | | | | | | | |
| 14 | Отмечаете ли Вы снижение массы тела за последние 6 месяцев без очевидных на то причин? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 15 | Отмечаете ли Вы повышение температуры тела без видимых на то причин? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 16 | Имеются ли у Вас новообразования на коже, губах и в полости рта, в области наружных половых органов или увеличенные лимфатические узлы? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 17 | Имеются ли у Вас незаживающие язвы, эрозии на коже, губах и в полости рта, в области наружных половых органов. Отмечается ли у Вас изменение размера, формы и цвета родинок? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 18 | Имеется ли у Вас упорный сухой кашель или кашель с прожилками крови в мокроте? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 19 | Стали ли Вас беспокоить боли в животе, затруднение глотания, отвращение к еде, затруднение мочеиспускания, кровянистые выделения, не наблюдаемые ранее? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 20 | Имеется ли у Вас уплотнение, припухлость, изменение формы молочных желез, выделения из соска? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 21 | Были ли у Ваших близких родственников (у матери, отца или родных сестер, братьев) онкологические заболевания? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| Оценка факторов риска развития хронических обструктивных заболеваний легких | | | | | | | | |
| 22 | Курите ли Вы? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 23 | Ощущаете ли Вы в груди посторонний звук (хрипы, свист, другие звуки)? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 24 | Имеется ли у Вас длительный (более двух недель) кашель с отхождением густой или вязкой мокроты? | | | Да | | Нет | Затрудняюсь ответить | |
| 25 | В случае наличия жалоб или симптомов, которые не указаны в анкете, проинформируйте об этом медицинского работника | | |  | | | | |
| Подтверждаю правильность предоставляемых ответов | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | (подпись) | | (инициалы, фамилия) | | |