

1. Анкета для граждан в возрасте 75 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 | Возникла 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? | Да | Нет |
| 5 | Возникло ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка? | Да | Нет |
| 6 | Возникла 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 Вашем 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, | Да | Нет |

| | | | |
|----|---|------|-----------|
| | молочные продукты) 3 раза или более в неделю? | | |
| 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 |