**Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционныхзаболеваний,**

**факторов риска их развития, потребления наркотических средств ипсихотропных веществ без назначения врача**

|  |
| --- |
| Дата анкетирования (день, месяц, год): |
| Ф.И.О. пациента: | Пол: |
| Дата рождения (день, месяц, год): | Полных лет: |
| Медицинская организация: **ГБУЗ Кяхтинская ЦРБ** |
| 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)? | Да | Нет |
|  | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления? | Да | Нет |
|  | 1.2. ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? | Да  | Нет |
|  | 1.3. цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)? | Да | Нет |
|  | 1.4. хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)? | Да | Нет |
|  | 1.5. туберкулез (легких или иных локализаций)? | Да  | Нет |
|  | 1.6. сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови? | Да  | Нет |
|  | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара? | Да | Нет |
|  | 1.7. заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)? | Да | Нет |
|  | 1.8. хроническое заболевание почек?  | Да  | Нет |
|  | 1.9. злокачественное новообразование? | Да | Нет |
|  | Если «Да», то какое?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | 1.10. повышенный уровень холестерина? | Да | Нет |
|  | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина? | Да | Нет |
| **2.** | **Был ли у Вас инфаркт миокарда?** | Да | Нет |
| **3.** | **Был ли у Вас инсульт?** | Да | Нет |
| **4.** | **Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственниковв молодом или среднем возрасте (до 65 лет** у матери или родных сестер или **до 55 лет** у отца или родных братьев)? | Да  | Нет  |
| **5.** | **Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования** (легкого, желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или полипоз желудка, семейныйаденоматоз/диффузный полипоз толстой кишки? (нужное подчеркнуть) | Да  | Нет  |
| **6.** | **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  |
| **7.** | **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?**  | Да | Нет |
| **8.** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?**  | Да  | Нет  |
| **9.** | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?**  | Да  | Нет  |
| **10.** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?**  | Да  | Нет  |
| **11.** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?**  | Да  | Нет  |
| **12.** | **Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?**  | Да  | Нет  |
| **13.** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?**  | Да  | Нет  |
| **14.** | **Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка)**, отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?**  | Да  | Нет  |
| **15.** | **Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?**  | Да  | Нет  |
| **16.** | **Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин** (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)? | Да  | Нет  |
| **17.** | **Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?**  | Да  | Нет  |
| **18.** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?**  | Да  | Нет  |
| **19** | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | Да  | Нет  |
| **20.** | **Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сиг/день |
| **21.** | **Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?**  | До 30 минут | 30 минут и более |
| **22.** | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей?** (1 порция фруктов=200г. 1 порция овощей не считая картофеля=200г.) | Да  | Нет  |
| **23.** | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?** | Да  | Нет  |
| **24.** | **Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?**  | Да  | Нет  |
| **25.** | **Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?**  |
| Никогда (0 баллов) | Раз в месяц и реже (1 балл) | 2-4 раза в месяц(2 балла) | 2-3 раза в неделю(3 балла) | ≥ 4 раз в неделю (4 балла) |
| **26.** | **Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз?** 1 порция равна ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл пива |
| 1-2 порции (0 баллов)  | 3-4 порции (1 балл) | 5-6 порций (2 балла) | 7-9 порций (3 балла) | ≥ 10 порций (4 балла) |
| **27.** | **Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций?** 6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 л пива |
| Никогда(0 баллов) | Раз в месяц и реже(1 балл) | 2-4 раза в месяц(2 балла) | 2-3 раза в неделю(3 балла) | ≥ 4 раз в неделю(4 балла) |
| **ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ баллов** |
| **28.** | **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)1** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 прошло с момента выздоровления и какой степени тяжести была новая 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 РСП | 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 выявление сахарного диабета после перенесенного COVID-19 как причины снижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| 3.5 | Оцените вклад выпадения волос или появления 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 |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Постковидный синдром определяется как стойкие симптомы и/или отсроченные или долгосрочные осложнения по истечении 4 недель с момента появлениясимптомов (Nalbandian, A., Sehgal, K.,Gupta, A. etal. Post-acute COVID-19 syndrome. Nat Med 27, 601–615 (2021). https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z).