**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 |
| КГБУЗ «КМБ №2» Врач/фельдшер |
|  | **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 |
|  | **Возникает ли у Вас, когда Вы 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 |
|  | **Если «Да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или через 2-5 минут после приема нитроглицерина?** | Да | Нет |
|  | **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 |
|  | **Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** | Да | Нет |
|  | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** | Да | Нет |
|  | **Бывают ли отеки на ногах к концу дня?** | Да | Нет |
|  | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | Да | Нет |
|  | **Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста при ходьбе по ровной поверхности или спонтанный перелом без видимой причины, в т.ч. перелом позвонка?** | Да | Нет |
|  | **Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?** | Да | Нет |
|  | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей** (1 порция=200 гр. овощей или =1 фрукту среднего размера)? | Да | Нет |
|  | **Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?** | Да | Нет |
|  | **Тратите ли Вы на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?** | Да | Нет |
|  | **Были ли у Вас случаи падений за последний год?** | Да | Нет |
|  | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?** | Да | Нет |
|  | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?** | Да | Нет |
|  | **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?** | Да | Нет |
|  | **Страдаете ли Вы недержанием мочи?** | Да | Нет |
|  | **Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?** |  |  |
|  | **Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?** | Да | Нет |
|  | **Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?** | Да | Нет |
|  | **Если Вы похудели, считаете ли Вы что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?** | Да | Нет |
|  | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?** | Да | Нет |
|  | **Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?** | До 5 | 5 и более |

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_