|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача** |  |
| Дата анкетирования (день, месяц, год): |
| Ф.И.О. пациента: | Пол: |
| Дата рождения (день, месяц, год): | Полных лет: |
| Медицинская организация: |
| 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 родственников** в **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, | Да | Нет |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или полипоз желудка, семейныйаденоматоз/диффузный полипоз толстой кишки? (нужное подчеркнуть) |  |  |
| **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 30минут | 30 минут иболее |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **22** | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей?** (1 порцияфруктов =200 г. 1 порция овощей не считая картофеля = 200 г.) | 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 Постковидный синдром определяется как стойкие симптомы и/или отсроченные или долгосрочные осложнения по истечении 4 недель с момента появления симптомов (Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A. et al. Post-acute COVID-19 syndrome. Nat Med 27, 601–615 (2021). https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 коронавируснаяинфекция (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 существен ное снижение КЖ и/илиРСП | 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 | Отсутствова л |
| 3.2 | Оцените вклад появления/усиления болей в груди и/илисердцебиений, и/или отеков на ногах как причины снижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствова л |
| 3.3 | Оцените вклад появления/усиления усталости, и/илимышечных 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 | Отсутствова л |
| 3.4 | Оцените вклад нестабильного течения сахарного диабета(ранее протекавшего стабильно) или выявление сахарного | Основной | Второстепенный | Отсутствова л |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | диабета после перенесенного COVID-19 как причиныснижения КЖ и/или РСП |  |  |  |
| 3.5 | Оцените вклад выпадения волос или появление кожной сыпи как причины снижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствова л |
| 3.6 | Оцените вклад появления/усиления болей в суставах какпричины снижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| 3.7 | Оцените вклад потери вкуса и/или обоняния как причиныснижения КЖ и/или РСП | Основной | Второстепенный | Отсутствовал |
| 3.8 | Отмечаете ли Вы сохранение повышенной температуры с момента выздоровления коронавирусной инфекции (COVID-19)? | Основной | Второстепенный | Отсутствова л |