

Анкета для граждан **в возрасте 75 лет и старше** на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении

	Дата обследования _____	
	Ф.И.О. _____	Пол _____
	Дата рождения _____	Полных лет _____
	Поликлиника № _____	Врач-терапевт участковый /врач общей практики/фельдшер
1.	Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):	
	повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)?	да нет
	Если "Да" то принимаете ли вы препараты для снижения давления?	да нет
	сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови?	да нет
	Если "Да" то принимаете ли вы препараты для снижения уровня сахара?	да нет
	онкологическое злокачественное заболевание (если «ДА» указать, какое)?	да нет
	Повышенный уровень холестерина?	да нет
	Если "Да" то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	да нет
	перенесенный инфаркт миокарда?	да нет
	перенесенный инсульт?	да нет
	хроническое бронхо-легочное заболевание?	да нет
2.	Возникает ли у вас, когда поднимаетесь по лестнице, спешите, или при выходе из теплого помещения на холодных воздух, боль или ощущение давления, сжения или тяжести за грудиной или в левой половине клетки ,с распространением в левую руку?	да нет
3.	Если «да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или 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, пройтись 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 ли 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 спонтанный 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 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, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?	да нет
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 соблюдения 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