

| | | | |
|---|---|----------------|-----|
| Дата анкетирования (день, месяц, год): | | | |
| 1. Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических | | | |
| Ф.И.О. пациента: | | Пол: | |
| Дата рождения (день, месяц, год): | | Подпись: _____ | |
| Дата рождения (день, месяц, год): | | | |
| 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, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или полипоз желудка, семейный аденоматоз/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 | Возникла 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, пройти по комнате? | Да | Нет |
| 9 | Возникло 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 мину т | 30 мин. и более |
| 22 | Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей? (1 порция фруктов =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 (2балла) | 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 коронавирусная инфекция (COVID-19) | - _____мес. Легкой | _____мес. Средней и выше | _____мес. Не знаю | |

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>).