**АНКЕТА ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА**

**РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата проведения анкетирования: | |  | | | |
|  | |  | | | |
| Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется): | | | | |  |
|  | | | | |  |
| Число, месяц, год рождения: |  | | Возраст: |  | |
|  |  | |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **да** | **нет** | **затрудняюсь ответить** |
| 1. | Имеется ли у Вас хроническое и/или врожденное заболевание? **1, 2** |  |  |  |

**Оценка факторов риска развития болезней системы кровообращения**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. | Был ли инфаркт миокарда, или инсульт, или внезапная смерть у Ваших близких родственников (у матери, отца или родных сестер, братьев)? **1, 3** |  |  |  |
| 3. | Есть ли у Вас привычка досаливать приготовленную пищу? **1, 3** |  |  |  |
| 4. | Есть ли у Вас избыточный вес? **1, 3, 4** |  |  |  |
| 5. | Были ли у Вас эпизоды повышения артериального давления?**1, 3** |  |  |  |
| 6. | Часто ли Вы испытываете стрессы? **1, 3** |  |  |  |
| 7. | Было ли у Вас ранее выявлено повышение уровня холестерина в крови? **1, 3** |  |  |  |
| 8. | Отмечаются ли у Вас потери сознания? **1, 3, 4** |  |  |  |
| 9. | Беспокоит ли Вас ощущение перебоев и пауз в работе сердца, и (или) очень быстрое биение сердца, и (или) чрезвычайно медленное биение сердца?**1, 3** |  |  |  |

**Оценка факторов риска развития сахарного диабета 2 типа**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 10. | Вы тратите на физическую активность менее 30 минут в день? **1, 3, 4** |  |  |  |
| 11. | Вы ежедневно употребляете менее 400 грамм фруктов и овощей (не считая картофеля)? **1, 3, 4** |  |  |  |
| 12. | Выявляли ли у Вас когда-либо повышение уровня глюкозы в крови (при проведении диспансеризации, во время болезни, в период беременности)? **1, 4** |  |  |  |
| 13. | Был ли сахарный диабет у Ваших близких родственников (у матери, отца или родных сестер, братьев)? **1, 3, 4** |  |  |  |

**Оценка факторов риска развития онкологических заболеваний**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **да** | **нет** | **затрудняюсь ответить** |
| 14. | Отмечаете ли Вы снижение массы тела за последние 6 месяцев без очевидных на то причин? **1, 2, 5, 6, 7, 8** |  |  |  |
| 15. | Отмечаете ли Вы повышение температуры тела без видимых на то причин? **1, 2, 5, 6, 7, 8** |  |  |  |
| 16. | Имеются ли у Вас новообразования на коже, губах и в полости рта, в области наружных половых органов или увеличенные лимфатические узлы? **1, 2, 5, 6, 7, 8** |  |  |  |
| 17. | Имеются ли у Вас незаживающие язвы, эрозии на коже, губах и в полости рта, в области наружных половых органов **1, 2, 6, 7** |  |  |  |
| 18. | Имеется ли у Вас упорный сухой кашель или кашель с прожилками крови в мокроте? **1, 2, 6** |  |  |  |
| 19. | Стали ли Вас беспокоить боли в животе, затруднение глотания, отвращение к еде, затруднение мочеиспускания, кровянистые выделения, не наблюдаемые ранее? **1, 2, 5, 6, 7, 8** |  |  |  |
| 20. | Имеется ли у Вас уплотнение, припухлость, изменение формы молочных желез, выделения из соска? **1, 2, 6, 7, 9** |  |  |  |
| 21. | Были ли у Ваших близких родственников (у матери, отца или родных сестер, братьев) онкологические заболевания? **1, 2, 5, 6, 7, 8** |  |  |  |

**Оценка факторов риска развития**

**хронических обструктивных заболеваний легких**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 22. | Курите ли Вы? **1, 3, 6** |  |  |  |
| 23. | Ощущаете ли Вы в груди посторонний звук (хрипы, свист, другие звуки)? **1, 6** |  |  |  |
| 24. | Имеется ли у Вас длительный (более двух недель) кашель с отхождением густой или вязкой мокроты? **1, 6** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Подтверждаю правильность предоставляемых ответов |  |  |  |  |
|  |  | (подпись) |  | (инициалы, фамилия) |

**1\*** - если ответ «Да» или «Затрудняюсь ответить» - требуется консультация врача общей практики;

**2\*** - если ответ «Да» или «Затрудняюсь ответить» - выполняется ОАК, ОАМ;

**3\*** - если ответ «Да» или «Затрудняюсь ответить» - выполняется ЭКГ, БАК (общий холестерин);

**4\*** - если ответ «Да» или «Затрудняюсь ответить» - выполняется анализ крови на глюкозу;

**5\*** - если ответ «Да» или «Затрудняюсь ответить» - выполняется анализ крови на ПСА;

**6\*** - если ответ «Да» или «Затрудняюсь ответить» - выполняется рентгенография органов грудной клетки;

**7\*** - если ответ «Да» или «Затрудняюсь ответить» - требуется медицинский осмотр в смотровом кабинете с выполнением цитологического исследования (для женщин);

**8\*** - если ответ «Да» или «Затрудняюсь ответить» - выполняется анализ кала на скрытую кровь;

**9\*** - если ответ «Да» или «Затрудняюсь ответить» - требуется консультация врача акушера-гинеколога (для женщин) или врача-уролога (для мужчин).