

## АНКЕТА

### выведения факторов риска развития неинфекционных заболеваний

Дата проведения анкетирования:	
Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется):	
Номер телефона (с указанием кода):	
Число, месяц, год рождения:	Возраст:

#### **Оценка факторов риска развития болезней системы кровообращения**

1	Беспокоят ли Вас при физической нагрузке боли и (или) ощущение давления, жжения, тяжести, явного дискомфорта за грудиной, и (или) в левой половине грудной клетке, и (или) левом плече, и (или) левой руке?	Да врач общей практики (далее - ВОП), электрокардиография (далее - ЭКГ), анализ крови с определением общего уровня холестерина (далее - ХС)	Нет
2	Досаливаете ли Вы приготовленную пищу?	Да ВОП, ЭКГ, ХС	Нет
3	Были ли у Вас эпизоды повышения артериального давления?	Да ВОП, ЭКГ, ХС	Нет
4	Были ли у Вас потери сознания?	Да ЭКГ, ВОП, анализ крови с определением глюкозы крови (далее - глюкоза крови)	Нет
5	Беспокоит ли Вас ощущение перебоев и пауз в работе сердца, и (или) очень быстрое биение сердца, и (или) чрезвычайно медленное биение сердца?	Да ВОП, ЭКГ, ХС	Нет

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

6	Вы тратите на физическую активность менее 30 минут в день?	Да ВОП, ЭКГ, ХС, глюкоза крови	Нет
7	Был ли сахарный диабет у ваших близких родственников (у матери, отца, родных сестер и братьев)	Да ВОП, глюкоза крови	Нет

8	Вы не употребляете ежедневно фрукты и/или овощи (не считая картофеля)?	Да ВОП, ЭКГ, ХС, глюкоза крови	Нет
9	Выявляли ли у Вас когда-либо повышение уровня глюкозы в крови (при проведении диспансеризации, во время болезни, в период беременности)?	Да ВОП, глюкоза крови	Нет

#### Оценка факторов риска развития онкологических заболеваний

10	Отмечаете ли Вы снижение массы тела за последние 6 месяцев без очевидных на то причин?	Да общий анализ крови (далее - ОАК), рентгенпрофилактическое исследование органов грудной клетки (далее - РФО), ВОП	Нет
11	Отмечаете ли Вы повышение температуры тела без видимых на то причин?	Да ВОП, ОАК, общий анализ мочи (далее - ОАМ), РФО	Нет
12	Отмечаете ли вы изменение цвета, размера, формы любой родинки, появление боли, чувствительности, признаков воспаления в области какой-либо родинки либо иных изменений, вызывающих у Вас беспокойство?	Да ОАК, РФО, ВОП	Нет
13	Отмечаете ли Вы появление на коже, губах, в полости рта, в области наружных половых органов поврежденных участков кожи, ран, пятен, в том числе с шелушением, болью, зудом, кровоточивостью, не заживающих в течение 1 месяца?	Да ОАК, РФО, медицинский осмотр в смотровом кабинете с выполнением цитологического исследования (для женщин) (далее - смотровой кабинет), ВОП	Нет
14	Имеется ли у Вас упорный сухой кашель или кашель с прожилками крови в мокроте, одышка, боли в грудной клетке в течение последних 6 месяцев?	Да ОАК, РФО, ВОП	Нет
15	Стало ли Вас беспокоить отвращение к еде, затруднение глотания, боли в животе, затруднение мочеиспускания, кровянистые выделения, не наблюдавшиеся ранее?	Да ОАК, ОАМ, ВОП, анализ крови с определением простатспецифического антигена (для мужчин) (далее - ПСА), РФО,	Нет

		смотровой кабинет	
16	Имеется ли у Вас уплотнение, припухлость, изменение формы молочных желез, выделения из соска?	Да ВОП, смотровой кабинет	Нет
17	Отмечаете ли вы изменение голоса (хриплость, осиплость, гнусавость)?	Да ВОП, ОАК	Нет
<b>Оценка факторов риска развития хронических обструктивных заболеваний легких</b>			
18	Курите ли Вы?	Да ВОП, ЭКГ, ХС, РФО	Нет
19	Ощущаете ли Вы в груди посторонний звук (хрипцы, свист, другие звуки)?	Да РФО, ВОП	Нет
20	Имеется ли у Вас длительный (более двух недель) кашель с отхождением густой или вязкой мокроты?	Да РФО, ВОП	Нет
21	В случае наличия жалоб или симптомов, которые не указаны в анкете, проинформируйте об этом медицинского работника		

Подтверждаю правильность предоставленных ответов

(подпись) \_\_\_\_\_ (инициалы,  
фамилия)