

## АНКЕТА выявления факторов риска развития неинфекционных заболеваний

Дата проведения анкетирования:				
Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется):				
Число, месяц, год рождения:			Возраст:	
1	Имеется ли у Вас хроническое и/или врожденное заболевание?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
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)?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
3	Есть ли у Вас привычка досаливать приготовленную пищу?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
4	Есть ли у Вас избыточный вес?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
5	Были ли у Вас эпизоды повышения артериального давления?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
6	Часто ли Вы испытываете стрессы?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
7	Было ли у Вас ранее выявлено повышение уровня холестерина в крови?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
8	Отмечаются ли у Вас потери сознания?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
9	Беспокоит ли Вас ощущение перебоев и пауз в работе сердца, и (или) очень быстрое биение сердца, и (или) чрезвычайно медленное биение сердца?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Оценка факторов риска развития сахарного диабета 2 типа				
10	Вы тратите на физическую активность менее 30 минут в день?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
11	Вы ежедневно употребляете менее 400 грамм фруктов и овощей (не считая картофеля)?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
12	Выявляли ли у Вас когда-либо повышение уровня глюкозы в крови (при проведении диспансеризации, во время болезни, в период беременности)?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
13	Был ли сахарный диабет у Ваших близких родственников (у матери, отца или родных сестер, братьев)?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Оценка факторов риска развития онкологических заболеваний				
14	Отмечаете ли Вы снижение массы тела за последние 6 месяцев без очевидных на то причин?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
15	Отмечаете ли Вы повышение температуры тела без видимых на то причин?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
16	Имеются ли у Вас новообразования на коже, губах и в полости рта, в области наружных половых органов или увеличенные лимфатические узлы?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить

17	Имеются ли у Вас незаживающие язвы, эрозии на коже, губах и в полости рта, в области наружных половых органов. Отмечается ли у Вас изменение размера, формы и цвета родинок?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
18	Имеется ли у Вас упорный сухой кашель или кашель с прожилками крови в мокроте?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
19	Стали ли Вас беспокоить боли в животе, затруднение глотания, отвращение к еде, затруднение мочеиспускания, кровянистые выделения, не наблюдаемые ранее?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
20	Имеется ли у Вас уплотнение, припухлость, изменение формы молочных желез, выделения из соска?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
21	Были ли у Ваших близких родственников (у матери, отца или родных сестер, братьев) онкологические заболевания?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Оценка факторов риска развития хронических обструктивных заболеваний легких				
22	Курите ли Вы?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
23	Ощущаете ли Вы в груди посторонний звук (хрипы, свист, другие звуки)?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
24	Имеется ли у Вас длительный (более двух недель) кашель с отхождением густой или вязкой мокроты?	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
25	В случае наличия жалоб или симптомов, которые не указаны в анкете, проинформируйте об этом медицинского работника			

Подтверждаю правильность

предоставляемых ответов

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)