**Анкета для граждан в возрасте 75 лет и старше**

Форма 3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Дата обследования (день, месяц, год) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  | Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | Дата рождения (день, месяц, год) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Полных лет \_\_\_\_\_\_ |  |
|  | Поликлиника №\_\_\_\_\_\_ | Врач-терапевт участковый /врач общей практики (семейный |  |  |
|  | врач)/фельдшер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |
| 1. | **Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):** |  |  |  |  |  |
|  | повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)? |  | да |  | Нет |  |
|  | ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? |  | да |  | Нет |  |
|  | сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови? |  | да |  | Нет |  |
|  | онкологическое злокачественное заболевание (если «ДА» указать, |  | да |  | Нет |  |
|  | какое)? |  |  |  |  |  |  |
|  | перенесенный инфаркт миокарда? |  | да |  | Нет |  |
|  | перенесенный инсульт? |  |  | да |  | Нет |  |
|  | хроническое бронхо-легочное заболевание |  да | Нет |
|  | хроническое заболевание почек |  да | Нет |
| 2. | **Возникает ли у Вас во время ходьбы или волнения жгущая, давящая,** |  да | нет |
|  | **сжимающая боль за грудиной, в левой половине грудной клетки, в** |  |  |
|  | **левом плече или руке?** |  |  |
| 3. | **Если «да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или после** | да | Нет |
|  | **приема нитроглицерина** |  |  |
| 4. | **Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что** | да | Нет |
|  | **Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись** |  |  |
|  | **по комнате?** |  |  |
| 5. | **Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин** | да | Нет |
|  | **кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица,** |  |  |
|  | **губы или языка?** |  |  |
| 6. | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря** | да | Нет |
|  | **зрения на один глаз?** |  |  |
| 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 случаи падений за последний год более 2 раз?** | **да** | Нет |
| 10. | **Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста при** | **да** | Нет |
|  | **ходьбе по ровной поверхности или спонтанный перелом** (без видимой |  |  |
|  | причины), в т.ч. перелом позвонка? |  |  |
| 11. | **Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы ?** | **да** | Нет |
| 12. | **Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время?** | **да** | Нет |
| 12.1 | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным** | **да** | Нет |
|  | **соблюдения диеты или увеличением физической активности?** |  |  |
| 12.2 | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением** | **да** | Нет |
|  | **аппетита?** |  |  |
| 13. | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной** | **да** | Нет |
|  | **жизни из-за снижения зрения?** |  |  |
| 14. | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной** | **да** | Нет |
|  | **жизни из-за снижения слуха?** |  |  |
| 15. | **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным** | **да** | Нет |
|  | **в последнее время?** |  |  |
| 16. | **Есть ли у Вас проблемы с памятью, существенно мешающие Вам в** | **да** | Нет |
|  | **повседневной жизни?** |  |  |
| 17. | **Страдаете ли Вы недержанием мочи?** | **да** | Нет |
| 18. | **Имеете ли Вы привычку досаливать приготовленную пищу, не** | **да** | Нет |
|  | **пробуя ее?** |  |  |
| 19. | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции** | **да** | Нет |
|  | **фруктов или овощей** (1порция=200гр.овощей или=1фрукту среднего |  |  |
|  | размера)**?:** |  |  |
| 20. | **Ограничиваите ли Вы потребление пищи с высоким содержанием** | **да** | Нет |
|  | **холестерина** (сливочное масло,сало,жирные сорта мяса,печень,яица |  |  |
|  | птицы и др.) |  |  |
| 21. | **Употребляете ли Вы рыбу 2 раза или более в неделю** | **да** | Нет |
| 22. | **Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные** | **да** | Нет |
|  | **продукты) 3 раза или более в неделю** |  |  |
| 23. | **Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу 30 минут и более?** | да | Нет |