

Приложение №2
к Приказу Министерства здравоохранения
Кабардино-Балкарской Республики
от 15.07.2024 года № 273-24
(Форма)

Анкета по выявлению онкологических заболеваний на ранней стадии
(заполняется пациентом)

- * Внимательно прочитав каждый вопрос, выберите ответ, который соответствует Вашему состоянию (ДА или НЕТ)
- * Анкета не может дать ответ, есть ли в организме злокачественное новообразование или нет, но ее анализ поможет стать сигналом для обращения к врачу

Дата заполнения анкеты:	
Полных лет:	
М/Ж:	
Контактный номер телефона:	

	Ответьте на нижеследующие вопросы:	Выберите ответ:	Рекомендации:
1.	Были ли у Ваших близких в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования?	ДА/НЕТ	При положительном ответе на любой из вопросов с 1 по 4, у Вас может быть повышенный риск развития онкологических заболеваний. Рекомендуем проконсультироваться у лечащего врача
2.	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (без соблюдения диеты, увеличения физической активности)?	ДА/НЕТ	
3.	Есть ли у Вас беспричинное повышение температуры тела?	ДА/НЕТ	
4.	Есть ли у Вас опухолевые образования (увеличенные лимфоузлы) в мягких тканях?	ДА/НЕТ	

5.	Есть ли у Вас упорный сухой кашель или кашель с прожилками крови в мокроте, боли в груди, одышка, охриплость голоса?	ДА/НЕТ	При положительном ответе на данный вопрос после консультации терапевта Вам, возможно, потребуется дообследование и консультация специалиста для исключения заболеваний бронхолегочной системы
6.	Есть ли у Вас незаживающая язва, эрозия, образование на коже, губах, во рту или изменились цвет, форма бородавки (родимого пятна), появилось жжение, зуд?	ДА/НЕТ	При положительном ответе на данный вопрос после консультации терапевта Вам, возможно, потребуется консультация специалистов для исключения новообразований кожи
7.	Беспокоят ли Вас боли в верхней части живота (в области желудка), затруднение глотания, отрыжка, тошнота, рвота, стойкое снижение аппетита или отвращение к еде?	ДА/НЕТ	При положительном ответе на данный вопрос после консультации терапевта Вам, возможно, потребуется дообследование и консультация специалиста для исключения заболеваний желудочно-кишечного тракта
8.	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул, запоры более 3-х дней, боль в области заднепроходного отверстия, кровяные выделения с калом?	ДА/НЕТ	При положительном ответе на данный вопрос после консультации терапевта Вам, возможно, потребуется дообследование и консультация специалиста для исключения заболеваний желудочно-кишечного тракта
9.	Есть ли у Вас уплотнение, припухлость, изменение формы молочных желез, выделения из соска и/или изменение его формы?	ДА/НЕТ	При положительном ответе на данный вопрос после консультации терапевта Вам, возможно, потребуется дообследование и консультация специалиста для исключения заболеваний молочной железы
10.	Есть ли у Вас не связанные с месячными необычные выделения и/или кровотечения из половых путей?	ДА/НЕТ	При положительном ответе на данный вопрос после консультации терапевта Вам, возможно, потребуется дообследование и консультация специалиста для исключения заболеваний репродуктивной системы

11.	Есть ли у Вас изъязвления, новообразования в области наружных половых органов?		заболеваний молочных желез и половой сферы
12.	Испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании, кровь в моче, сохраняющееся желание помочиться после мочеиспускания?	ДА/НЕТ	При положительном ответе на данный вопрос после консультации терапевта Вам, возможно, потребуется дообследование и консультация специалиста для исключения заболеваний мочеполовой системы

ВАЖНО! Заподозрить заболевание и поставить диагноз может только врач!

Регулярно проходите профилактические обследования (диспансеризация, профилактический медицинский осмотр) в поликлинике по месту прикрепления!