

Анкета для граждан в возрасте 75 лет и стар ш е

Дата обследования (день, месяц, год):		
Ф.И.О.:	Пол:	
Дата рождения (день, месяц, год):	Полных лет:	
Поликлиника №	Врач/фельдшер:	
1	Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):	
	1.1. гипертоническая болезнь, повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)?	Да Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да Нет
	1.2.сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови?	Да Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да Нет
	1.3. злокачественное новообразование?	Да Нет
	Если «Да», то какое ?	то
	1.4. повышенный уровень холестерина?	Да Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да Нет
	1.5. перенесенный инфаркт миокарда?	Да Нет
	1.6. перенесенный инсульт?	Да Нет
	1.7. хронический бронхит или бронхиальная астма?	Да Нет
2	Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку?	Да Нет
3	Если «Да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или через 2-5 мин после приема нитроглицерина?	Да Нет
4	Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?	Да Нет
5	Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин	Да Нет

³⁵ В анкету внесены корректировки в соответствии с утвержденными формами анкет (приложение 8 настоящих рекомендаций)

	кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?		
6	Возникла у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	Да	Нет
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 переломы при падении с высоты своего роста, при ходьбе по ровной поверхности или перелом без видимой причины, в т.ч. перелом позвонка?	Да	Нет
10	Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?	Да	Нет
11	Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей? (1 порция =200 гр. овощей или = 1 фрукт среднего размера)	Да	Нет
12	Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?	Да	Нет
13	Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?	Да	Нет
14	Были ли у Вас случаи падений за последний год?	Да	Нет
15	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?	Да	Нет
16	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?	Да	Нет
17	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?	Да	Нет
18	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	Да	Нет
19	Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?	Да	Нет
20	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Да	Нет
21	Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?	Да	Нет
22	Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?	Да	Нет
23	Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?	Да	Нет
24	Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?	До 5	5 и более