

Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении

|  |   |                |             |
|--|---|----------------|-------------|
| Дата обследования (день, месяц, год):  |   |                |             |
| Ф.И.О.:                                |   |                | Пол:        |
| Дата рождения (день, месяц, год):      |   |                | Полных лет: |
| Поликлиника: ГБУЗ НО "Ардатовская ЦРБ" |   | Врач/фельдшер: |             |
| <b>1</b>                               | <b>Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):</b>   |                |             |
| 1.1                                    | Гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?   | 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?  |                |             |
| 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         |
| <b>2</b>                               | <b>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, тяжести или явного дискомфорта за грудиной и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке?</b> | Да             | Нет         |
| <b>3</b>                               | <b>Если ответ "Да", по вопросу 2, то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или через 5-10 мин. после прекращения ходьбы/адаптации к холоду и (или) после приема нитроглицерина</b>  | Да             | Нет         |
| <b>4</b>                               | <b>Возникла ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?</b>   | Да             | Нет         |
| <b>5</b>                               | <b>Возникло ли у Вас внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?</b>  | Да             | Нет         |
| <b>6</b>                               | <b>Возникла ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?</b>  | Да             | Нет         |
| <b>7</b>                               | <b>Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?</b>  | Да             | Нет         |
| <b>8</b>                               | <b>Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?</b>   | Да             | Нет         |
| <b>9</b>                               | <b>Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?</b>   | Да             | Нет         |
| <b>10</b>                              | <b>Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?</b>  | Да             | Нет         |
| <b>11</b>                              | <b>Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?</b>  | Да             | Нет         |
| <b>12</b>                              | <b>Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?</b>  | Да             | Нет         |
| <b>13</b>                              | <b>Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)</b>   | Да             | Нет         |
| <b>14</b>                              | <b>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?</b>   | Да             | Нет         |
| <b>15</b>                              | <b>Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?</b>   | Да             | Нет         |
| <b>16</b>                              | <b>Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей? (1 порция фруктов = 200гр., 1 порция овощей, не считая картофеля =200гр)</b>   | Да             | Нет         |
| <b>17</b>                              | <b>Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?</b>   | Да             | Нет         |
| <b>18</b>                              | <b>Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?</b>  | Да             | Нет         |
| <b>19</b>                              | <b>Были ли у Вас случаи падений за последний год?</b>   | Да             | Нет         |
| <b>20</b>                              | <b>Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?</b>   | Да             | Нет         |
| <b>21</b>                              | <b>Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?</b>  | Да             | Нет         |
| <b>22</b>                              | <b>Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?</b>   | Да             | Нет         |
| <b>23</b>                              | <b>Страдаете ли Вы недержанием мочи?</b>  | Да             | Нет         |
| <b>24</b>                              | <b>Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?</b>   | Да             | Нет         |
| <b>25</b>                              | <b>Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?</b>  | Да             | Нет         |
| <b>26</b>                              | <b>Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?</b>  | Да             | Нет         |
| <b>27</b>                              | <b>Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?</b>  | Да             | Нет         |
| <b>28</b>                              | <b>Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?</b>   | Да             | Нет         |
| <b>29</b>                              | <b>Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?</b>   | До 5           | 5 и более   |
| <b>30</b>                              | <b>Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)</b>   | Да             | Нет         |

Анкета для граждан на выявление постковидного COVID-19 синдрома (последствий перенесенной новой коронавирусной инфекции)

| Выявление постковидного COVID-19 синдрома (последствий перенесенной новой коронавирусной инфекции) |   |   |   |                       |
|--|---|---|---|-----------------------|
| 1  | Говорил ли Вам врач, что Вы болели или перенесли, в том числе «на ногах», новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)?   |   | <b>Да</b>                                       | <b>Нет</b>            |
| 2.   | Если «ДА», то укажите ориентировочно сколько месяцев прошло с момента выздоровления и какой степени тяжести была коронавирусная инфекция (COVID-19)   | _____ мес.<br>Легкой                          | _____ мес.<br>Средней и выше                    | _____ мес.<br>Не знаю |
| 3.   | Ощущаете ли Вы в настоящее время снижение качества жизни (уровня здоровья) (КЖ) или работоспособности (РСП), связанное с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)?  | Да, ощущаю существенное снижение КЖ и/или РСП | Да, ощущаю незначительное снижение КЖ и/или РСП | Нет, не ощущаю        |
| 3.1  | Оцените вклад появления/усиления одышки и снижения переносимости физической нагрузки и/или хронического кашля как причины снижения КЖ и/или РСП   | Основной                                      | Второстепенный                                  | Отсутствовал          |
| 3.2  | Оцените вклад появления/усиления болей в груди и/или сердцебиений, и/или отеков на ногах как причины снижения КЖ и/или РСП  | Основной                                      | Второстепенный                                  | Отсутствовал          |
| 3.3  | Оцените вклад появления/усиления усталости, и/или мышечных болей, и/или головной боли, и/или дизавтономии (функциональные нарушения регуляции деятельности желудочно-кишечного тракта, печени, почек, мочевого пузыря, легких, сердца, желез внутренней и внешней секреции, кровеносных и лимфатических сосудов), и/или когнитивных нарушений (снижение памяти, умственной работоспособности и других познавательных функций мозга) как причины снижения КЖ и/или РСП | Основной                                      | Второстепенный                                  | Отсутствовал          |
| 3.4  | Оцените вклад нестабильного течения сахарного диабета (ранее протекавшего стабильно) или выявление сахарного диабета после перенесенного COVID-19 как причины снижения КЖ и/или РСП   | Основной                                      | Второстепенный                                  | Отсутствовал          |
| 3.5  | Оцените вклад выпадения волос или появление кожной сыпи как причины снижения КЖ и/или РСП   | Основной                                      | Второстепенный                                  | Отсутствовал          |
| 3.6  | Оцените вклад появления/усиления болей в суставах как причины снижения КЖ и/или РСП   | Основной                                      | Второстепенный                                  | Отсутствовал          |
| 3.7  | Оцените вклад потери вкуса и/или обоняния как причины снижения КЖ и/или РСП   | Основной                                      | Второстепенный                                  | Отсутствовал          |
| 3.8  | Отмечаете ли Вы сохранение повышенной температуры с момента выздоровления коронавирусной инфекции (COVID19)?  | Основной                                      | Второстепенный                                  | Отсутствовал          |