**АНКЕТА**

**ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата проведения анкетирования: | | | |
| Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется): | | | |
| Номер телефона (с указанием кода): | | | |
| Число, месяц, год рождения: | | **Возраст:** | |
| Оценка факторов риска развития болезней системы кровообращения | | | |
| 1 | **Беспокоят ли Вас при физической нагрузке боли и (или) ощущение давления, жжения, тяжести, явного дискомфорта за грудиной, и (или) в левой половине грудной клетке, и (или) левом плече, и (или) левой руке?** | **Да врач общей практики (далее – ВОП), электрокардиография (далее – ЭКГ), анализ крови с определением общего уровня холестерина (далее – ХС)** | **Нет** |
| 2 | **Досаливаете ли Вы приготовленную пищу?** | **Да ВОП, ЭКГ, ХС** | **Нет** |
| 3 | **Были ли у Вас эпизоды повышения артериального давления?** | **Да ВОП, ЭКГ, ХС** | **Нет** |
| 4 | **Были ли у Вас потери сознания?** | **Да ЭКГ, ВОП, анализ крови с определением глюкозы крови (далее – глюкоза крови)** | **Нет** |
| 5 | **Беспокоит ли Вас ощущение перебоев и пауз в работе сердца, и (или) очень быстрое биение сердца, и (или) чрезвычайно медленное биение сердца?** | **Да ВОП, ЭКГ, ХС** | **Нет** |
| Оценка факторов риска развития сахарного диабета 2 типа | | | |
| 6 | **Вы тратите на физическую активность менее 30 минут в день?** | **Да ВОП, ЭКГ, ХС, глюкоза крови** | **Нет** |
| 7 | **Был ли сахарный диабет у ваших близких родственников (у матери, отца, родных сестер и братьев)** | **Да ВОП, глюкоза крови** | **Нет** |
| 8 | **Вы не употребляете ежедневно фрукты и/или овощи (не считая картофеля)?** | **Да ВОП, ЭКГ, ХС, глюкоза крови** | **Нет** |
| 9 | **Выявляли ли у Вас когда-либо повышение уровня глюкозы в крови (при проведении диспансеризации, во время болезни, в период беременности)?** | **Да ВОП, глюкоза крови** | **Нет** |
| Оценка факторов риска развития онкологических заболеваний | | | |
| 10 | **Отмечаете ли Вы снижение массы тела за последние 6 месяцев без очевидных на то причин?** | **Да общий анализ крови (далее – ОАК), рентгенпрофилактическое исследование органов грудной клетки (далее – РФО), ВОП** | **Нет** |
| 11 | **Отмечаете ли Вы повышение температуры тела без видимых на то причин?** | **Да ВОП, ОАК, общий анализ мочи  (далее – ОАМ), РФО** | **Нет** |
| 12 | **Отмечаете ли вы изменение цвета, размера, формы любой родинки, появление боли, чувствительности, признаков воспаления в области какой-либо родинки либо иных изменений, вызывающих у Вас беспокойство?** | **Да ОАК, РФО, ВОП** | **Нет** |
| 13 | **Отмечаете ли Вы появление на коже, губах, в полости рта, в области наружных половых органов поврежденных участков кожи, ран, пятен, в том числе с шелушением, болью, зудом, кровоточивостью, не заживающих в течение 1 месяца?** | **Да ОАК, РФО, медицинский осмотр в смотровом кабинете с выполнением цитологического исследования (для женщин)  (далее – смотровой кабинет),  ВОП** | **Нет** |
| 14 | **Имеется ли у Вас упорный сухой кашель или кашель с прожилками крови в мокроте, одышка, боли в грудной клетке в течение последних 6 месяцев?** | **Да ОАК, РФО, ВОП** | **Нет** |
| 15 | **Стало ли Вас беспокоить отвращение к еде, затруднение глотания, боли в животе, затруднение мочеиспускания, кровянистые выделения, не наблюдаемые ранее?** | **Да ОАК, ОАМ, ВОП, анализ крови с определением простатспецифического антигена (для мужчин) (далее – ПСА), РФО, смотровой кабинет** | **Нет** |
| 16 | **Имеется ли у Вас уплотнение, припухлость, изменение формы молочных желез, выделения из соска?** | **Да ВОП, смотровой кабинет** | **Нет** |
| 17 | **Отмечаете ли вы изменение голоса (охриплость, осиплость, гнусавость)?** | **Да ВОП, ОАК** | **Нет** |
| Оценка факторов риска развития хронических обструктивных заболеваний легких | | | |
| 18 | **Курите ли Вы?** | **Да ВОП, ЭКГ, ХС, РФО** | **Нет** |
| 19 | **Ощущаете ли Вы в груди посторонний звук (хрипы, свист, другие звуки)?** | **Да РФО, ВОП** | **Нет** |
| 20 | **Имеется ли у Вас длительный (более двух недель) кашель с отхождением густой или вязкой мокроты?** | **Да РФО, ВОП** | **Нет** |
| 21 | **В случае наличия жалоб или симптомов, которые не указаны в анкете, проинформируйте об этом медицинского работника** |  | |

**Подтверждаю правильность**

**предоставляемых ответов       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись)             (инициалы, фамилия)**