

## Анкета для граждан в возрасте 75 лет и старше

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.	<b>Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):</b>		
	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, какое)?	да	Нет
	перенесенный инфаркт миокарда?	да	Нет
	перенесенный инсульт?	да	Нет
	хроническое бронхо-легочное заболевание хроническое заболевание почек	да	Нет
2.	<b>Возникает ли у Вас во время ходьбы или волнения жгущая, давящая, сжимающая боль за грудиной, в левой половине грудной клетки, в левом плече или руке?</b>	да	нет
3.	<b>Если «да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или после приема нитроглицерина</b>	да	Нет
4.	<b>Возникала 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
5.	<b>Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?</b>	да	Нет
6.	<b>Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?</b>	да	Нет
7.	<b>Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?</b>	да	Нет

8.	<b>Курите ли Вы?</b> (курение одной и более сигарет в день)	да	нет
9.	<b>Были ли у Вас случаи падений за последний год более 2 раз?</b>	да	Нет
10.	<b>Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста при ходьбе по ровной поверхности или спонтанный перелом (без видимой причины), в т.ч. перелом позвонка?</b>	да	Нет
11.	<b>Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы ?</b>	да	Нет
12.	<b>Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время?</b>	да	Нет
12.1	<b>Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?</b>	да	Нет
12.2	<b>Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?</b>	да	Нет
13.	<b>Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?</b>	да	Нет
14.	<b>Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?</b>	да	Нет
15.	<b>Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?</b>	да	Нет
16.	<b>Есть ли у Вас проблемы с памятью, существенно мешающие Вам в повседневной жизни?</b>	да	Нет
17.	<b>Страдаете ли Вы недержанием мочи?</b>	да	Нет
18.	<b>Имеете ли Вы привычку досаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?</b>	да	Нет
19.	<b>Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей (1 порция =200 гр. овощей или =1 фрукту среднего размера)?:</b>	да	Нет
20.	<b>Ограничиваете ли Вы потребление пищи с высоким содержанием холестерина (сливочное масло, сало, жирные сорта мяса, печень, яйца птицы и др.)</b>	да	Нет
21.	<b>Употребляете ли Вы рыбу 2 раза или более в неделю</b>	да	Нет
22.	<b>Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю</b>	да	Нет
23.	<b>Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу 30 минут и более?</b>	да	Нет