Приложение № 1 к приказу

от « » г. №\_\_\_\_\_

«О проведении медицинского осмотра работников ФГБОУ ВО «НИУ «МЭИ» в 2025 году.»

НОМЕР ТЕЛЕФОНА:

**Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата анкетирования (день, месяц, год): | | | |
| Ф.И.О. пациента: | | Пол: | |
| Дата рождения (день, месяц, год): | | Полных лет: | |
|  | | | |
| Прошу отправить результаты медосмотра в ООО Клинике "Креде Эксперто" по  **электронной почте**: | | | |
| 1. | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется |  |  |
| 1.1. | гипертоническая болезнь  (повышенное артериальное давление)? | Да | Нет |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления? | Да | Нет |
| 1.2. | ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? | Да | Нет |
| 1.3. | цереброваскулярное заболевание  (заболевание сосудов головного мозга)? | Да | Нет |
| 1.4. | хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит,  эмфизема, бронхиальная астма)? | Да | Нет |
| 1.5. | туберкулез (легких или иных локализаций)? | Да | Нет |
| 1.6. | сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови? | Да | Нет |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня  сахара? | Да | Нет |
| 1.7. | заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)? | Да | Нет |
| 1.8. | хроническое заболевание почек? | Да | Нет |
| 1.9. | злокачественное новообразование? | Да | Нет |
| Если «Да», то какое? | | |
| 1.10. | повышенный уровень холестерина? | Да | Нет |
| Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня  холестерина? | Да | Нет |
| **2.** | **Был ли у Вас инфаркт миокарда?** | Да | Нет |
| **3.** | **Был ли у Вас инсульт?** | Да | Нет |
| **4.** | **Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников** в **молодом или среднем возрасте (до 65 лет** у матери или родных сестер или **до 55 лет** у отца или родных  братьев)? | Да | Нет |
| **5.** | **Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования** (легкого, желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или полипоз желудка, семейный аденоматоз/диффузный полипоз толстой кишки?  (нужное подчеркнуть) | Да | Нет |
| **6.** | **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?** | Да | Нет |
| **7.** | **Если на вопрос 6 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или в течение не более чем 20 мин после прекращения ходьбы/адаптации к холоду/ в тепле/в покое и (или) они исчезают через 1-5 мин после**  **приема нитроглицерина** | Да | Нет |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8.** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или**  **удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?** | | | | Да | | Нет |
| **9.** | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин**  **кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** | | | | Да | | Нет |
| **10.** | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** | | | | Да | | Нет |
| **11.** | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в**  **году?** | | | | Да | | Нет |
| **12.** | **Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?** | | | | Да | | Нет |
| **13.** | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** | | | | Да | | Нет |
| **14.** | **Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или  отсутствие аппетита**?** | | | | Да | | Нет |
| **15.** | **Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?** | | | | Да | | Нет |
| **16.** | **Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин** (т.е. без  соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)? | | | | Да | | Нет |
| **17.** | **Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?** | | | | Да | | Нет |
| **18.** | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** | | | | Да | | Нет |
| **19.** | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | | | | Да | | Нет |
| **20.** | **Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?**  сиг/день | | | | | | |
| **21.** | **Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?** | | | | До 30 минут | | 30 минут и  более |
| **22.** | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых**  **овощей и фруктов?** | | | | Да | | Нет |
| **23.** | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?** | | | | Да | | Нет |
| **24** | **Принимали ли Вы за последний год психотропные или**  **наркотические вещества без назначения врача?** | | | | Да | | Нет |
| **25.** | **Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?** | | | | | | |
| Никогда | Раз в месяц и реже | 2-4 раза в месяц | 2-3 раза в неделю | | ≥ 4 раз в неделю | |
| **26.** | **Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз?**  1 порция равна 12 мл чистого этанола ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого  вина ИЛИ 300 мл пива | | | | | | |
| 1-2 порции | 3-4 порции | 5-6 порций | 7-9 порций | | ≥ 10 порций | |
| **27.** | **Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций?**  6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 л пива | | | | | | |
| Никогда | Раз в месяц и реже | 2-4 раза в месяц | 2-3 раза в неделю | | ≥ 4 раз в неделю | |
|  | | | | | | | |
| **28.** | Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру) | | | Да | | Нет | |

Дата Подпись /