*Верные ответы выделить другим цветом или символом*

Приложение 5

Форма 1-А

 **АНКЕТА**

 **выявления факторов риска развития неинфекционных заболеваний**

|  |
| --- |
| Дата проведения анкетирования: |
| Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется): |
| Число, месяц, год рождения: | Возраст: |
| Адрес: |  |
| 1 | Имеется ли у Вас хроническое и/или врожденное заболевание? | Да |  Нет | Затрудняюсь ответить |
| Оценка факторов риска развития болезней системы кровообращения |
| 2 | Был ли инфаркт миокарда, или инсульт, или внезапная смерть у Ваших близких родственников (у матери, отца или родныхсестер, братьев)? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 3 | Есть ли у Вас привычка досаливать приготовленную пищу? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 4 | Есть ли у Вас избыточный вес? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 5 | Были ли у Вас эпизоды повышения артериального давления? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 6 | Часто ли Вы испытываете стрессы? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 7 | Было ли у Вас ранее выявлено повышение уровняхолестерина в крови? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 8 | Отмечаются ли у Вас потери сознания? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 9 | Беспокоит ли Вас ощущение перебоев и пауз в работе сердца, и (или) очень быстрое биениесердца, и (или) чрезвычайно медленное биение сердца? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| Оценка факторов риска развития сахарного диабета 2 типа |
| 10 | Вы тратите на физическую активность менее 30 минут в день? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 11 | Вы ежедневно употребляете менее 400 граммфруктов и овощей (не считая картофеля)? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 12 | Выявляли ли у Вас когда-либо повышение уровня глюкозы в крови (при проведении диспансеризации, во время болезни, в периодбеременности)? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 13 | Был ли сахарный диабет у Ваших близкихродственников (у матери, отца или родных сестер, братьев)? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| Оценка факторов риска развития онкологических заболеваний |
| 14 | Отмечаете ли Вы снижение массы телаза последние 6 месяцев без очевидных на то причин? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 15 | Отмечаете ли Вы повышение температуры телабез видимых на то причин? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 16 | Имеются ли у Вас новообразования на коже, губах и в полости рта, в области наружных половых органов или увеличенныелимфатические узлы? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 17 | Имеются ли у Вас незаживающие язвы, эрозии на коже, губах и в полости рта, в области наружных половых органов. Отмечается ли у Васизменение размера, формы и цвета родинок? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 18 | Имеется ли у Вас упорный сухой кашель иликашель с прожилками крови в мокроте? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 19 | Стали ли Вас беспокоить боли в животе, затруднение глотания, отвращение к еде, затруднение мочеиспускания, кровянистыевыделения, не наблюдаемые ранее? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 20 | Имеется ли у Вас уплотнение, припухлость,изменение формы молочных желез, выделения из соска? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 21 | Были ли у Ваших близких родственников (у матери, отца или родных сестер, братьев)онкологические заболевания? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| Оценка факторов риска развития хронических обструктивных заболеваний легких |
| 22 | Курите ли Вы? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 23 | Ощущаете ли Вы в груди посторонний звук(хрипы, свист, другие звуки)? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 24 | Имеется ли у Вас длительный (более двухнедель) кашель с отхождением густой или вязкой мокроты? | Да | Нет | Затрудняюсь ответить |
| 25 | В случае наличия жалоб или симптомов, которые не указаны в анкете, проинформируйте об этоммедицинского работника |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подтверждаю правильностьпредоставляемых ответов |   |   |
|  | (подпись) | (инициалы, фамилия) |