**Анкеты на выявление ХНИЗ, факторов риска их развития, риска потребления**

**алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача:**

форма 3 - анкета для граждан 75 лет и старше;

форма 4 - правила вынесения заключений по анкете для граждан 75 лет и старше

**Анкета для граждан в возрасте 75 лет и старше**

Форма 3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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. | **Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):** |  |  |  |  |  |
|  | 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, |  | да |  | Нет |  |
|  | какое)? |  |  |  |  |  |  |
|  | перенесенный инфаркт миокарда? |  | да |  | Нет |  |
|  | перенесенный инсульт? |  |  | да |  | Нет |  |
|  | хроническое бронхо-легочное заболевание | да | Нет |
|  | хроническое заболевание почек | да | Нет |
| 2. | **Возникает ли у Вас во время ходьбы или волнения жгущая, давящая,** | да | нет |
|  | **сжимающая боль за грудиной, в левой половине грудной клетки, в** |  |  |
|  | **левом плече или руке?** |  |  |
| 3. | **Если «да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или после** | да | Нет |
|  | **приема нитроглицерина** |  |  |
| 4. | **Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что** | да | Нет |
|  | **Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись** |  |  |
|  | **по комнате?** |  |  |
| 5. | **Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин** | да | Нет |
|  | **кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица,** |  |  |
|  | **губы или языка?** |  |  |
| 6. | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря** | да | Нет |
|  | **зрения на один глаз?** |  |  |
| 7. | **Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?** | да | Нет |
| 8. | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | да | нет |
| 9. | **Были ли у Вас случаи падений за последний год более 2 раз?** | **да** | Нет |
| 10. | **Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста при** | **да** | Нет |
|  | **ходьбе по ровной поверхности или спонтанный перелом** (без видимой |  |  |
|  | причины), в т.ч. перелом позвонка? |  |  |
| 11. | **Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы ?** | **да** | Нет |
| 12. | **Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время?** | **да** | Нет |
| 12.1 | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным** | **да** | Нет |
|  | **соблюдения диеты или увеличением физической активности?** |  |  |
| 12.2 | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением** | **да** | Нет |
|  | **аппетита?** |  |  |
| 13. | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной** | **да** | Нет |
|  | **жизни из-за снижения зрения?** |  |  |
| 14. | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной** | **да** | Нет |
|  | **жизни из-за снижения слуха?** |  |  |
| 15. | **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным** | **да** | Нет |
|  | **в последнее время?** |  |  |
| 16. | **Есть ли у Вас проблемы с памятью, существенно мешающие Вам в** | **да** | Нет |
|  | **повседневной жизни?** |  |  |
| 17. | **Страдаете ли Вы недержанием мочи?** | **да** | Нет |
| 18. | **Имеете ли Вы привычку досаливать приготовленную пищу, не** | **да** | Нет |
|  | **пробуя ее?** |  |  |
| 19. | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции** | **да** | Нет |
|  | **фруктов или овощей** (1порция=200гр.овощей или=1фрукту среднего |  |  |
|  | размера)**?:** |  |  |
| 20. | **Ограничиваите ли Вы потребление пищи с высоким содержанием** | **да** | Нет |
|  | **холестерина** (сливочное масло,сало,жирные сорта мяса,печень,яица |  |  |
|  | птицы и др.) |  |  |
| 21. | **Употребляете ли Вы рыбу 2 раза или более в неделю** | **да** | Нет |
| 22. | **Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные** | **да** | Нет |
|  | **продукты) 3 раза или более в неделю** |  |  |
| 23. | **Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу 30 минут и более?** | да | Нет |

**Правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирования) граждан в возрасте 75 лет и старше**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Форма 4 |
| **Номера вопросов** | **Ответ и заключение** | **Врачебная тактика, показания для** |
| в анкете и их |  | **направления на 2 этап диспансеризации** |
| предназначение |  |  |
| 1 | Ответ «ДА» - Имеется | Уточнить документальное подтверждение |
| Выявление | указание на наличие | наличия заболевания |
| заболеваний в | заболевания в личном анамнезе | Диагноз заболевания, при наличии его |
| личном анамнезе |  | документального подтверждения, |
|  |  | регистрируется в учетных формах, лица, не |
|  |  | находящиеся под диспансерным наблюдением |
|  |  | направляются на осмотр (консультацию) к |
|  |  | соответствующим специалистам: к врачу- |
|  |  | терапевту и неврологу в рамках программы |
|  |  | диспансеризации; к врачу-кардиологу, |
|  |  | пульмонологу, эндокринологу, нефрологу и |
|  |  | онкологу вне рамок диспансеризации |
| 2-3 | Ответ «ДА» на один или оба | Углубленный опрос на характер болевого |
| Выявление | вопроса - наличие стенокардии | синдрома и физикальное обследование |
| стенокардии | высоко вероятно | врачом-терапевтом. Определение показаний |
|  |  | для дополнительных обследований вне рамок |
|  |  | диспансеризации для уточнения диагноза |
|  |  | стенокардии |
| 4-6 | Ответ «ДА» на любой из | Консультация невролога. |
| Выявление острых | вопросов - наличие ОНМК | Направление на дуплексное сканирование |
| нарушений | высоко вероятно | брахицефальных артерий (за исключением |
| мозгового |  | лиц, прошедших это исследование в |
| кровообращения |  | предшествующие 12 мес. и находящихся под |
| (ОНМК) |  | диспансерным наблюдением) |
| 7 | Ответ «ДА» - наличие | Уточнить характер жалоб, по показаниям |
| Выявление | сердечной недостаточности | дополнительное обследование вне рамок |
| сердечной | высоко вероятно | диспансеризации (УЗИ сердца) |
| недостаточности |  |  |
| 8 | Ответ «ДА» - курит в | Регистрируется как фактор риска «курение» |
| Табакокурение | настоящее время | Всем пациентам – углубленное |
|  |  | профилактическое консультирование |
| 9 | Ответ «ДА» - имеется риск | Направить на осмотр (консультацию) врача- |
| Выявление риска | падений | невролога |
| падений |  |  |
| 10-11 | Ответы «ДА» на любой вопрос | Направить на рентгеновскую денситометрию |
| Выявление риска | - имеется риск остеопороза. | или рентгенографию позвоночника и |
| остеопороза |  | консультацию ревматолога или эндокринолога |
|  |  | вне программы диспансеризации |
| 12, 12.1, 12.2 | Ответ «ДА» на вопрос 12 и 12.2 | Углубленный опрос и физикальное |
| Выявление риска | в сочетании с ответом «НЕТ» | обследование врача-терапевта на выявление |
| злокачественного | на вопрос 12.1 – высокий риск | ЗНО, определение показаний для проведения |
| новообразования | ЗНО | обследований в рамках диспансеризации и вне |
| (ЗНО) |  | ее |
| 13 | Ответ «ДА» - показана | Направление на консультацию врача- |
| Выявление | консультация врача- | офтальмолога |
| показаний к | офтальмолога |  |
| консультации |  |  |
| врача- |  |  |
| офтальмолога |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 14 | Ответ «ДА» -показана | Направление на консультацию врача- |
| Выявление | консультация врача- | оториноларинголога |
| показаний к | отоляринголога |  |
| консультации |  |  |
| отоляринголога |  |  |
| 15 | Ответ «ДА» - имеется риск | Осмотр (консультация) врача-невролога, |
| Выявление риска | развития депрессии | который определяет показания и |
| депрессии |  | целесообразность направления пациента на |
|  |  | консультацию к врачу-психиатру |
| 16 | Ответ «ДА» - высоко вероятны | Направление на осмотр (консультацию) врача- |
| Выявление | выраженные нарушения памяти | невролога |
| выраженных |  |  |
| нарушений памяти |  |  |
| 17 | Ответ «ДА» - недержание мочи | Для мужчин смотр (консультация) врача |
| Выявление | высоко вероятно | хирурга (врача уролога), для женщин – врача- |
| недержания мочи |  | уролога или врача-акушера-гинеколога |
| 12, 18, 19, 20, 21, 22 | Ответ «ДА» на вопрос 12 (при | Регистрируется фактор «нерациональное |
| Выявление | отсутствии специальных | питание». |
| нерационального | вмешательств направленных на | Направление на углубленное |
| питания | снижение веса тела и при | профилактическое консультирование |
|  | сохраненном аппетите) или на |  |
|  | вопрос 18, ответ «НЕТ» на |  |
|  | любой из остальных вопросов – |  |
|  | выявлено нерациональное |  |
|  | питание |  |
| 23 | Ответ «ДА» - выявлена | Регистрируется как фактор риска |
| Выявление фактора | недостаточная физическая | «недостаточная физическая активность» |
| риска | активность | Направление на углубленное |
| «недостаточная |  | профилактическое консультирование |
| физическая |  |  |
| активность» |  |  |

