

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 _____

Адрес _____ тел _____

Поликлиника № 7

Врач-терапевт участковый /врач общей практики (семейный врач)/фельдшер

1. Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):

- повышенное артериальное давление (артериальная гипертензия)? 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)? _____

- перенесенный инфаркт миокарда? да нет
- перенесенный инсульт? да нет
- хроническое бронхо-легочное заболевание да нет
- хроническое заболевание почек

2. 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? да нет

3. Если «да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или после приема нитроглицерина? да нет

4. 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? да нет

5. Возникло ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка? да нет

6. Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз? да нет

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 ходьбе по ровной поверхности или спонтанный перелом (без видимой причины), в т.ч. перелом позвонка? да нет
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 соблюдением диеты или увеличением физической активности? да нет
- 12.2 Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита? да нет
13. Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения? да нет
14. Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха? да нет
15. Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время? да нет
16. Есть ли у Вас проблемы с памятью, существенно мешающие Вам в повседневной жизни? да нет
17. Страдаете ли Вы недержанием мочи? да нет
18. Имеете ли Вы привычку досаливать приготовленную пищу, не пробуя ее? да нет
19. Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей (1 порция =200 гр. овощей или =1 фрукту среднего размера)? да нет
20. Ограничиваете ли Вы потребление пищи с высоким содержанием холестерина (сливочное масло, сало, жирные сорта мяса, печень, яйца птицы и др.) да нет
21. Употребляете ли Вы рыбу 2 раза или более в неделю? да нет
22. Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю ? да нет
23. Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу 30 минут и более? да нет