

**Анкета
при прохождении предварительного или периодического медицинских осмотров**

Уважаемый пациент!

Для качественного проведения медосмотра, в соответствии с Приказом МЗ РФ от 28 января 2021 г. № 29н просим Вас ответить на вопросы, обведя кружком соответствующее значение.

Данная информация конфиденциальна. Клиника гарантирует сохранение медицинской тайны.

Дата анкетирования (день, месяц, год): « _____ » _____ 20 _____ г			
Ф.И.О.:		Пол: М Ж	
Дата рождения (день, месяц, год): « _____ » _____ _____ г		Полных лет:	
Специальность (профессия)			
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 локаций)?	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, пройти по комнате?	да	нет
9.	Возникло 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 и жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?	да	нет
13.	Бывали 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 анального 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	30 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 (0)	Раз в месяц и реже (1)	2-4 раза в месяц (2)
			2-3 раза в неделю (3)
			≥ 4 раз в неделю (4)
26.	Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз? 1 порция равна 30 мл. водки ИЛИ 100 мл. сухого вина ИЛИ 300 мл. пива.		
	1-2 порции (0)	3-4 порции (1)	5-6 порций (2)
			7-9 порций (3)
			≥ 10 порций (4)
27.	Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций? 6 порций равны ИЛИ 180 мл. водки ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 л. пива		
	Никогда (0)	Раз в месяц и реже (1)	2-4 раза в месяц (2)
			2-3 раза в неделю (3)
			≥ 4 раза в неделю (4)
ОСБ в 25-27			
28.	Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу-профпатологу	да	нет
29.	Обращались ли Вы когда либо в Республиканский Центр Профпатологии	да	нет
30.	Если на вопрос 29 ответ «Да», то по какому именно заболеванию		
31.	Стаж работы по данной специальности	лет	
32.	Имеется ли у Вас инвалидность	да	нет
33.	Есть ли у Вас снижение зрения		
34.	Есть ли у Вас снижение слуха		
35.	Бывают ли у Вас приступы эпилепсии? Судороги? «припадки»?		
36.	Было ли у Вас когда-либо стационарное лечение по неврологическому профилю?		

« ___ » _____ 20 ___ г.

Подпись обследуемого _____

Спасибо за Ваши ответы!

ССР по SCORE

М	Ж	Лет	ТК	СисАД	Х _{ммоль/л}	