



	диеты или увеличения физической активности и пр.)?					
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 подсаживать 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				да	нет
34.	Есть ли у Вас снижение слуха				да	нет
35.	Бывают ли у Вас приступы эпилепсии? Судороги? «припадки» ?				да	нет
36.	Было ли у Вас когда-либо стационарное лечение по неврологическому профилю?				да	нет
37.	Имеется ли у Вас заболевание позвоночника (остеохондроз или другое)?				да	нет

Подпись освидетельствуемого: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Спасибо за Ваши ответы!

ССР по SCORE

М	Ж	Лет	ТК	СисАД	Х <sub>ммоль/л</sub>	