

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 | |
| | повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)? | нет да |
| | ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? | нет да |
| | сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови? | нет да |
| | онкологическое злокачественное заболевание (если «ДА», то указать какое)? | нет да |
| | перенесенный инфаркт миокарда? | нет да |
| | перенесенный инсульт? | нет да |
| | хроническое бронхо-легочное заболевание? | нет да |
| | хроническое заболевание почек? | нет да |
| 2. | Возникает ли у Вас во время ходьбы или волнения жгучая, давящая, сжимающая боль за грудиной, в левой половине грудной клетки, в левом плече или руке? | нет да |
| 3. | Если «да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин. или после приема нитроглицерина? | нет да |
| 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, пройтись по комнате? | нет да |
| 5. | Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка? | нет да |
| 6. | Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз? | нет да |
| 7. | Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня? | нет да |
| 8. | Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день) | нет да |
| 9. | Были ли у Вас случаи падений за последний год более 2 раз? | нет да |
| 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? | нет да |
| 11. | Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы? | нет да |
| 12. | Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время? | нет да |
| 12.1 | Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности? | нет да |
| 12.2 | Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита? | нет да |
| 13. | Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения? | нет да |
| 14. | Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха? | нет да |
| 15. | Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время? | нет да |
| 16. | Есть ли у Вас проблемы с памятью, существенно мешающие Вам в повседневной жизни? | нет да |
| 17. | Страдаете ли Вы недержанием мочи? | нет да |
| 18. | Имеете ли Вы привычку досаливать приготовленную пищу, не пробуя ее? | нет да |
| 19. | Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей (1 порция = 200 гр. овощей или 1 фрукт среднего размера)? | нет да |
| 20. | Ограничиваете ли Вы потребление пищи с высоким содержанием холестерина (сливочное масло, сало, жирные сорта мяса, пшенка, яйца птицы и др.)? | нет да |
| 21. | Употребляете ли Вы рыбу 2 раза в неделю? | нет да |
| 22. | Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю? | нет да |
| 23. | Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу 30 минут и более? | нет да |