

РОСТ: _____ **ВЕС:** _____ **ТЕЛЕФОН СОТОВЫЙ:** _____

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** _____

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, какое)? Да Нет
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, 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. Возникали 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. Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка? Да Нет
6. Возникали 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