Форма 1-А

**АНКЕТА выявления факторов риска развития неинфекционных заболеваний**

|  |
| --- |
| Дата проведения анкетирования:  |
| Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется):  |
| Число, месяц, год рождения:  | Возраст:  |
| 1  | Имеется ли у Вас хроническое и/или врожденное заболевание?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| Оценка факторов риска развития болезней системы кровообращения  |
| 2  | Был ли инфаркт миокарда, или инсульт, или внезапная смерть у Ваших близких родственников (у матери, отца или родных сестер, братьев)?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| 3  | Есть ли у Вас привычка досаливать приготовленную пищу?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| 4  | Есть ли у Вас избыточный вес?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| 5  | Были ли у Вас эпизоды повышения артериального давления?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| 6  | Часто ли Вы испытываете стрессы?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| 7  | Было ли у Вас ранее выявлено повышение уровня холестерина в крови?  | Да | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| 8  | Отмечаются ли у Вас потери сознания?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| 9  | Беспокоит ли Вас ощущение перебоев и пауз в работе сердца, и (или) очень быстрое биение сердца, и (или) чрезвычайно медленное биение сердца?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| Оценка факторов риска развития сахарного диабета 2 типа  |
| 10  | Вы тратите на физическую активность менее 30 минут в день?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| 11  | Вы ежедневно употребляете менее 400 грамм фруктов и овощей (не считая картофеля)?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| 12  | Выявляли ли у Вас когда-либо повышение уровня глюкозы в крови (при проведении диспансеризации, во время болезни, в период беременности)?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| 13  | Был ли сахарный диабет у Ваших близких родственников (у матери, отца или родных сестер, братьев)?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| Оценка факторов риска развития онкологических заболеваний  |
| 14  | Отмечаете ли Вы снижение массы тела за последние 6 месяцев без очевидных на то причин?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| 15  | Отмечаете ли Вы повышение температуры тела без видимых на то причин?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 16  | Имеются ли у Вас новообразования на коже, губах и в полости рта, в области наружных половых органов или увеличенные лимфатические узлы?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| 17  | Имеются ли у Вас незаживающие язвы, эрозии на коже, губах и в полости рта, в области наружных половых органов. Отмечается ли у Вас изменение размера, формы и цвета родинок?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| 18  | Имеется ли у Вас упорный сухой кашель или кашель с прожилками крови в мокроте?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| 19  | Стали ли Вас беспокоить боли в животе, затруднение глотания, отвращение к еде, затруднение мочеиспускания, кровянистые выделения, не наблюдаемые ранее?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| 20  | Имеется ли у Вас уплотнение, припухлость, изменение формы молочных желез, выделения из соска?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| 21  | Были ли у Ваших близких родственников (у матери, отца или родных сестер, братьев) онкологические заболевания?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| Оценка факторов риска развития хронических обструктивных заболеваний легких  |
| 22  | Курите ли Вы?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| 23  | Ощущаете ли Вы в груди посторонний звук (хрипы, свист, другие звуки)?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| 24  | Имеется ли у Вас длительный (более двух недель) кашель с отхождением густой или вязкой мокроты?  | Да  | Нет  | Затрудняюсь ответить  |
| 25  | В случае наличия жалоб или симптомов, которые не указаны в анкете, проинформируйте об этом медицинского работника  |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подтверждаю правильность  |  |  |
| предоставляемых ответов  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|    | (подпись)  | (инициалы, фамилия)  |
| Выражаю согласие на обработку моих персональных данных | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (подпись)  | (инициалы, фамилия)  |