Приложение 5

к Инструкции о порядке

проведения диспансеризации

взрослого и детского населения

Республики Беларусь

 Форма 1-А

**АНКЕТА**

**выявления факторов риска развития неинфекционных заболеваний**

|  |
| --- |
| Дата проведения анкетирования: |
| Фамилия, собственное имя, отчество (если такое имеется): |
| Номер телефона (с указанием кода): |
| Число, месяц, год рождения: | Возраст: |
| **Оценка факторов риска развития болезней системы кровообращения** |
| 1 | Беспокоят ли Вас при физической нагрузке боли и (или) ощущения давления, жжения, тяжести, явного дискомфорта за грудиной, и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) левом плече, и (или) левом плече? | Да | Нет |
| 2 | Досаливаете ли Вы приготовленную пищу? | Да | Нет |
| 3 | Были ли у Вас эпизоды повышения артериального давления? | Да | Нет |
| 4 | Отмечаете ли Вы потери сознания? | Да | Нет |
| 5 | Беспокоит ли Вас ощущение перебоев и пауз в работе сердца, и (или) очень быстрое биение сердца, и (или) чрезвычайно медленное биение сердца | Да | Нет |
| **Оценка факторов риска развития сахарного диабета 2 типа** |
| 6 | Вы тратите на физическую активность менее 30 мин в день? | Да | Нет |
| 7 | Был ли сахарный диабет у Ваших близких родственников (у матери, отца или родных сестер, братьев)? | Да | Нет |
| 8 | Вы не употребляете ежедневно фрукты и/или овощи (не считая картофеля)? | Да | Нет |
| 9 | Выявляли ли у Вас когда-либо повышение уровня глюкозы в крови (при проведении диспансеризации, во время болезни, в период беременности)? | Да | Нет |
| **Оценка факторов риска развития онкологических заболеваний** |
| 10 | Отмечаете ли Вы снижение массы тела за последние 6 месяцев без очевидных на то причин? | Да | Нет |
| 11 | Отмечаете ли Вы повышение температуры тела без видимых на то причин? | Да | Нет |
| 12 | Отмечаете ли Вы изменение цвета, размера, формы любой родинки, появление боли, чувствительности, признаков воспаления в области какой-либо родинки либо иных изменений, вызывающих у Вас беспокойство? | Да | Нет |
| 13 | Отмечаете ли Вы появление на коже, губах, в полости рта, области наружных половых органов поврежденных участков кожи, ран, пятен, в том числе с шелушением, болью, зудом, кровоточивостью, не заживающих в течение 1 месяца?  | Да | Нет |
| 14 | Имеется ли у Вас упорный сухой кашель или кашель с прожилками крови в мокроте, одышка, боли в грудной клетке в течение последних 6 месяцев? | Да | Нет |
| 15 | Стало ли Вас беспокоить отвращение к еде, затруднение глотания, боли в животе, затруднение мочеиспускания, кровянистые выделения, не наблюдаемые ранее? | Да | Нет |
| 16 | Имеется ли у Вас уплотнение, припухлость, изменение формы молочных желез, выделения из соска? | Да | Нет |
| 17 | Отмечаете ли Вы изменение голоса (охриплость, осиплость, гнусавость)? | Да | Нет |
| **Оценка факторов риска развития хронических обструктивных заболеваний легких** |
| 18 | Курите ли Вы? | Да | Нет |
| 19 | Ощущаете ли Вы в груди посторонний звук (хрипы, свист, другие звуки)? | Да | Нет |
| 20 | Имеется ли у Вас длительный (более двух недель) кашель с отхождением густой или вязкой мокроты? | Да | Нет |
| 21 | В случае наличия жалоб или симптомов, которые не указаны в анкете, проинформируйте об этом медицинского работника |  |

*Подтверждаю правильность предоставленных ответов* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись) (инициалы, фамилия)*