

Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача

Дата анкетирования (день, месяц, год):			
Ф.И.О. пациента:			Пол:
Дата рождения (день, месяц, год):			Полных лет:
Медицинская организация:			
Должность и Ф.И.О. медицинского работника, проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам:			
1.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется		
1.1.	гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	Нет
1.2.	ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да	Нет
1.3.	цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?	Да	Нет
1.4.	хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?	Да	Нет
1.5.	туберкулез (легких или иных локализаций)?	Да	Нет
1.6.	сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	Нет
1.7.	заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?	Да	Нет
1.8.	хроническое заболевание почек?	Да	Нет
1.9.	злокачественное новообразование?	Да	Нет
	Если «Да», то какое?		
1.10.	повышенный уровень холестерина?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	Нет
2.	Был ли у Вас инфаркт миокарда?	Да	Нет
3.	Был ли у Вас инсульт?	Да	Нет
4.	Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте (до 65 лет у матери или родных сестер или до 55 лет у отца или родных братьев)?	Да	Нет
5.	Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования (легкого, желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или полипоз желудка, семейный аденоматоз/диффузный полипоз толстой кишки? (нужное подчеркнуть)	Да	Нет
6.	Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения, тяжести или явного дискомфорта за грудиной и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке?	Да	Нет
7.	Если на вопрос 6 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или в течение не более чем 20 мин после прекращения ходьбы/адаптации к холоду/ в тепле/в покое и (или) они исчезают через 1-5 мин после приема нитроглицерина	Да	Нет

8.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?				Да	Нет
9.	Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?				Да	Нет
10.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?				Да	Нет
11.	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?				Да	Нет
12.	Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?				Да	Нет
13.	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?				Да	Нет
14.	Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?				Да	Нет
15.	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?				Да	Нет
16.	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?				Да	Нет
17.	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного 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 минут	30 минут и более
22.	Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?				Да	Нет
23.	Имеете ли Вы привычку подсаливать 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 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	≥ 4 раз в неделю (4 балла)	
26.	Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз? 1 порция равна 12 мл чистого этанола ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл пива					
	1-2 порции (0 баллов)	3-4 порции (1 балл)	5-6 порций (2 балла)	7-9 порций (3 балла)	≥ 10 порций (4 балла)	
27.	Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций? 6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 л пива					
	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	≥ 4 раз в неделю (4 балла)	
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна _____ баллов						
28.	Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)				Да	Нет

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство*

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

« _____ » _____ г. рождения,

проживающий по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, предложенное мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

проживающему по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

медицинское вмешательство _____
(наименование вида медицинского вмешательства)

необходимое для оказания медицинской помощи в связи с имеющимся заболеванием (состоянием),
осуществляемое в **ГБУЗ РМ «РКБ имени С.В. Каткова»**
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. ¹ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**.

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

«_____» _____ г. рождения,

проживающий по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

«_____» _____ г. рождения,

проживающему по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

медицинской помощи в **ГБУЗ РМ «РКБ имени С.В. Каткова»**
(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от предложенного мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) вида вмешательства

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанного вида медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении определенного вида медицинского вмешательства, в отношении которого оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид медицинского вмешательства.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

«_____» _____ г.
(дата оформления)