**Анкета для мужчин в возрасте от 18 до 64 лет**

**ФИО пациента:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата рождения пациента:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ОМС**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее? (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 2 | Какие продукты Вы употребляете ежедневно? (множественный выбор) | | |
| □ | Фастфуд | | □ Овощи, фрукты, ягоды (без учета картофеля) в количестве 400-500 г. |
| □ | Колбасные изделия | |
| □ | Заправленную майонезом и другими соусами пищу | | □ Полуфабрикаты |
| □ | Конфеты и/или шоколад | | □ 1 литр чистой воды и более |
| □ | Белый хлеб и/или выпечка | | □ Нет подходящего ответа |
| 3 | Как часто Вы занимаетесь физкультурой/ спортом (например: активные виды спорта - футбол, баскетбол, бег, велосипед и др., аэробика и силовые тренировки в спортивном зале)? (множественный выбор) | | |
| □ | 2-3 раза в неделю | | □ Практически не занимаюсь |
| □ | 2-3 раза в месяц | |
| 4 | Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу (включая дорогу до места работы и обратно),  утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более? (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 5 | Курите ли Вы? (один вариант ответа) | | |
| □ | Да, сигареты | | □ Да, электронные заменители |
| □ | Да, трубку или кальян | | □ Нет |
| □ | Да, вейпы | | □ Бросил |
| 5.1. | Если на вопрос 5 ответ «Да, сигареты»: Сколько в среднем сигарет в день выкуриваете? (один вариант ответа) | | |
| □ | Менее 20 сигарет в день | | □ Более 20 сигарет в день |
| 5.2. | Если на вопрос 5 ответ «Бросил»: когда вы бросили? (один вариант ответа) | | |
| □ | менее 1 года назад | | □ менее 15 лет назад |
| □ | более 15 лет назад | |
| 6 | Как часто Вы употребляете алкогольные напитки? (один вариант ответа) | | |
| □ | Никогда | | □ 2–3 раза в неделю |
| □ | Раз в месяц и реже | | □ ≥ 4 раз в неделю |
| □ | 2–4 раза в месяц | |  |
| 7 | Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?  (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 8 | Были ли у Ваших близких родственников (до 65 лет у матери или родных сестер или до 55 лет у отца или родных братьев) следующие заболевания/состояния? (множественный выбор) | | |
| □ | Сахарный диабет | | □ Инсульт |
| □ | Инфаркт | | □ Астма и другие хронические болезни нижних дыхательных путей (хронические бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких) |
| □ | Злокачественные новообразования | |
| □ | Не было | | □ Не знаю |
| 8.1. | Если на вопрос 8 ответ «Злокачественные новообразования»:  Какое именно злокачественное новообразование? (множественный выбор) | | |
| □ | Рак предстательной железы | □ Рак мочевого пузыря | |
| □ | Рак поджелудочной железы | □ Меланома | |
| □ | Рак желудка | □ Колоректальный рак (рак толстой и прямой кишки) | |
| □ | Рак легких | □ Другой | |
| 9 | Отмечали ли Вы когда-либо на кожных покровах изменение формы, размера и цвета пигментных пятен и (или) родинок? (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 9.1 | Если на вопрос 9 ответ «Да»: Выберите, какие именно изменения Вы отмечали? (множественный выбор) | | |
| □ | Формы | | □ Появление жжения, зуда, "покалывания", боли |
| □ | Размера / Быстрый рост | | □ Другие |
| □ | Цвета | | |
| 10 | Отмечаете ли Вы наличие длительно не заживающей язвы кожи и/или болезненные и кровоточащие язвы, уплотнения, корки на поверхности кожи (особенно кожи головы, шеи) и/или уплотнение участка кожи и/или наличие красной каймы вокруг любого объемного образования? (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 11 | У Вас имеется гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)? (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 11.1 | Если на вопрос 11 ответ «Да»: принимаете ли Вы препараты для снижения давления? (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 12 | У Вас повышенный уровень холестерина? (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 12.1 | Если на вопрос 12 ответ «Да»: принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина? (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 13 | Бывает ли у Вас одышка при минимальной физической нагрузке? (один вариант ответа) | | |
| □ | Да, часто | | Нет, никогда |
| □ | Иногда | |
| 14 | Возникает ли у Вас 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 , когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух? (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 14.1 | Если на вопрос 14 ответ «Да»: Эти ощущения исчезают? (множественный выбор) | | |
| □ | Сразу | | □ Через 1–5 мин после приема нитроглицерина |
| □ | В течение небольшого времени (около 20 мин) после прекращения ходьбы/адаптации к холоду/ в тепле | | □ Нет подходящего ответа |
| 15 | Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня? (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 16 | Возникала ли у Вас когда–либо внезапная кратковременная без явных причин? (множественный выбор) | | |
| □ | Слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы были ограниченны в движении | | □ Онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка |
| □ | Потеря зрения на один глаз | | □ Ничего из перечисленного |
| 17 | Отмечали ли Вы у себя следующие симптомы? (множественный выбор) | | |
| □ | Кашель с кровью | | □ Ничего из перечисленного |
| □ | Ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3–х месяцев в году | | |
| □ | Свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании | | |
| 18 | Беспокоят ли Вас следующие симптомы? (множественный выбор) | | |
| □ | Боли при глотании | | □ Неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул |
| □ | Ощущение инородного тела, затруднение прохождения пищи при глотании | | □ Геморроидальные узлы или боли в области заднепроходного отверстия |
| □ | Боли в области верхней части живота (в области желудка) | | □ Кровяные выделения с калом алого цвета |
| □ | Отрыжка, тошнота/рвота | | □ Ничего из перечисленного |
| 19 | Отмечали ли Вы у себя слабую струю при мочеиспускании? (один вариант ответа) | | |
| □ | Да, часто | | □ Нет, никогда |
| □ | Иногда | | |
| 20 | Отмечали ли Вы недержание мочи? (один вариант ответа) | | |
| □ | Да, часто | | □ Нет, никогда |
| □ | Иногда | | |
| 21 | Был ли у вас эпизод примеси крови в моче? (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 22 | Беспокоит ли Вас ухудшение или отсутствие аппетита в последние несколько месяцев? (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 23 | Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)? (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 24 | Вы замечали, что у Вас без видимой причины поднимается и держится температура?  (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 25 | Появилась ли у Вас осиплость голоса за последний год? (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 26 | У Вас имеется сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови? (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 26.1 | Если на вопрос 26 ответ «Да»: принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара? (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 27 | Вы замечали, что стали испытывать постоянную жажду? (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 28 | Вы замечали, что у Вас увеличился объем или частота мочеиспускания? (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |
| 29 | Беспокоит ли Вас зуд кожи и слизистых в последнее время? (один вариант ответа) | | |
|  | □ Да | | □ Нет |

**Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)**

**«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024**