**Анкета для мужчин в возрасте 65 лет и старше**

**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 | □ Полуфабрикаты | □ Белый хлеб и/или выпечка |
| □ | Колбасные изделия | □ Конфеты и/или шоколад | □ 1 литр чистой воды и более |
| □ | Овощи, фрукты, ягоды (без учета картофеля) в количестве 400-500 г. | □ Заправленную майонезом и другими соусами пищу | □ 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 | □ 2-3 раза в месяц | □ Практически не занимаюсь |
| 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, трубку или кальян | □ Да, вейпы |
| □ | Да, электронные заменители | □ Бросил | □ Нет |
| 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 | □ Раз в месяц и реже | □ 2–4 раза в месяц |
| □ | 2–3 раза в неделю | □ ≥ 4 раз в неделю |  |
| 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 | □ Не было |
| □ | Инфаркт | □ Злокачественные новообразования | □ Не знаю |
| □ | Астма и другие хронические болезни нижних дыхательных путей (хронические бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких) |
| 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 | □ Размера / Быстрый рост | □ Цвета |
| □ | Другие | □ Появление жжения, зуда, "покалывания", боли |
| 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 | □ Иногда | □ Нет, никогда |
| 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 | □ Иногда | □ Нет, никогда |
| 20 | Был ли у вас эпизод примеси крови в моче? (один вариант ответа) |
|  | □ Да | □ Нет |
| 21 | Беспокоит ли Вас ухудшение или отсутствие аппетита в последние несколько месяцев? (один вариант ответа) |
|  | □ Да | □ Нет |
| 22 | Вы замечали, что у Вас без видимой причины поднимается и держится температура? (один вариант ответа) |
|  | □ Да | □ Нет |
| 23 | Появилась ли у Вас осиплость голоса за последний год? (один вариант ответа) |
|  | □ Да | □ Нет |
| 24 | Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста, при ходьбе по ровной поверхности или перелом без видимой причины, в т.ч. перелом позвонка? (один вариант ответа) |
|  | □ Да | □ Нет |
| 25 | Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы? (один вариант ответа) |
|  | □ Да | □ Нет |
| 26 | Были ли у Вас случаи падений за последний год? (один вариант ответа) |
|  | □ Да | □ Нет |
| 27 | Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из–за снижения зрения? (один вариант ответа) |
|  | □ Да | □ Нет |
| 28 | Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из–за снижения слуха? (один вариант ответа) |
|  | □ Да | □ Нет |
| 29 | Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время? (один вариант ответа) |
|  | □ Да | □ Нет |
| 30 | Страдаете ли Вы недержанием мочи? (один вариант ответа) |
|  | □ Да | □ Нет |
| 31 | Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет? (один вариант ответа) |
|  | □ Да | □ Нет |
| 32 | Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать? (один вариант ответа) |
|  | □ Да | □ Нет |
| 33 | Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода) без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)? (один вариант ответа) |
|  | □ Да | □ Нет |
| 34 | У Вас имеется сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови? (один вариант ответа) |
|  | □ Да | □ Нет |
| 34.1 | Если на вопрос 34 ответ «Да»: Принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара? (один вариант ответа) |
|  | □ Да | □ Нет |
| 35 | Вы замечали, что стали испытывать постоянную жажду? (один вариант ответа) |
|  | □ Да | □ Нет |
| 36 | Вы замечали, что у Вас увеличился объем или частота мочеиспускания? (один вариант ответа) |
|  | □ Да | □ Нет |
| 37 | Беспокоит ли Вас зуд кожи и слизистых в последнее время? (один вариант ответа) |
|  | □ Да | □ Нет |

**Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО) «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.**