**Анкета для женщин 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 | □ 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, 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 молочной железы | | | □ Рак мочевого пузыря | | |
| □ | Рак поджелудочной железы | | | □ Меланома | | |
| □ | Рак желудка | | | □ Колоректальный рак (рак толстой и прямой кишки) | | |
| □ | Рак легких | | | □ Другой | | |
| □ | Рак яичника | | |  | | |
| 9 | Бывает ли у Вас нарушение менструального цикла? (один вариант ответа) | | | | | |
| □ | Да, часто | □ Иногда | | | | □ Нет, никогда |
| 10 | Отмечаете ли Вы у себя изменения в молочных железах? (один вариант ответа) | | | | | |
| □ Да | | | □ Нет | | | |
| 10.1 | Если на вопрос 10 ответ «Да»: Укажите какие именно изменения в молочных железах Вы у себя отмечаете? (множественный выбор) | | | | | |
| □ | Кровянистые выделения из соска | | | | Появление узлов, уплотнений в железах | |
| □ | Уплощение или втяжение соска | | | | Другие | |
| □ | Уплощение или втяжение кожи молочной железы | | | |  | |
| 11 | Отмечали ли Вы когда-либо на кожных покровах изменение формы, размера и цвета пигментных пятен и (или) родинок? (один вариант ответа) | | | | | |
|  | □ Да | | | | □ Нет | |
| 11.1 | Если на вопрос 11 ответ «Да»: Выберите, какие именно изменения Вы отмечали? (множественный выбор) | | | | | |
| □ | Формы | | | | □ Появление жжения, зуда, "покалывания", боли | |
| □ | Размера / Быстрый рост | | | | □ Другие | |
| □ | Цвета | | | | | |
| 12 | 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 | |
| 13 | У Вас имеется гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)? (один вариант ответа) | | | | | |
|  | □ Да | | | | □ Нет | |
| 13.1 | Если на вопрос 13 ответ «Да»: Принимаете ли Вы препараты для снижения давления? (один вариант ответа) | | | | | |
|  | □ Да | | | | □ Нет | |
| 14 | У Вас повышенный уровень холестерина? (один вариант ответа) | | | | | |
|  | □ Да | | | | □ Нет | |
| 14.1 | Если на вопрос 14 ответ «Да»: Принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина? (один вариант ответа) | | | | | |
|  | □ Да | | | | □ Нет | |
| 15 | Бывает ли у Вас одышка при минимальной физической нагрузке? (один вариант ответа) | | | | | |
| □ | Да, часто | □ Иногда | | | | □ Нет, никогда |
| 16 | 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 | |
| 16.1 | Если на вопрос 16 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 | |
| 17 | Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня? (один вариант ответа) | | | | | |
|  | □ Да | | | | □ Нет | |
| 18 | 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 | |
| 19 | 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 | | | | | |
| 20 | 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 | |
| 21 | Отмечали ли Вы недержание мочи? (один вариант ответа) | | | | | |
| □ | Да, часто | □ Иногда | | | | □ Нет, никогда |
| 22 | Был ли у вас эпизод примеси крови в моче, не связанный с менструальным циклом? (один вариант ответа) | | | | | |
|  | □ Да | | | | □ Нет | |
| 23 | Беспокоит ли Вас ухудшение или отсутствие аппетита в последние несколько месяцев? (один вариант ответа) | | | | | |
|  | □ Да | | | | □ Нет | |
| 24 | 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 | |
| 25 | Вы замечали, что у Вас без видимой причины поднимается и держится температура? (один вариант ответа) | | | | | |
|  | □ Да | | | | □ Нет | |
| 26 | Появилась ли у Вас осиплость голоса за последний год? (один вариант ответа) | | | | | |
|  | □ Да | | | | □ Нет | |
| 27 | У Вас имеется сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови? (один вариант ответа) | | | | | |
|  | □ Да | | | | □ Нет | |
| 27.1 | Если на вопрос 27 ответ «Да»: Принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара? (один вариант ответа) | | | | | |
|  | □ Да | | | | □ Нет | |
| 28 | Вы замечали, что стали испытывать постоянную жажду? (один вариант ответа) | | | | | |
|  | □ Да | | | | □ Нет | |
| 29 | Вы замечали, что у Вас увеличился объем или частота мочеиспускания? (один вариант ответа) | | | | | |
|  | □ Да | | | | □ Нет | |
| 30 | Беспокоит ли Вас зуд кожи и слизистых в последнее время? (один вариант ответа) | | | | | |
|  | □ Да | | | | □ Нет | |

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