|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 таковое 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) ощущение давления, жжения, тяжести, явного дискомфорта за грудиной, и (или) в левой половине грудной клетке, и (или) левом плече, и (или) левой руке? | Да врач общей практики (далее – ВОП), электрокардиография (далее – ЭКГ), анализ крови с определением общего уровня холестерина (далее – ХС) | Нет |
| 2 | Досаливаете ли Вы приготовленную пищу? | Да ВОП, ЭКГ, ХС | Нет |
| 3 | Были ли у Вас эпизоды повышения артериального давления? | Да ВОП, ЭКГ, ХС | Нет |
| 4 | Были ли у Вас потери сознания? | Да ЭКГ, ВОП, анализ крови с определением глюкозы крови (далее – глюкоза крови) | 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 ВОП, ЭКГ, ХС | Нет |
| **Оценка факторов риска развития сахарного диабета 2 типа** | | | |
| 6 | Вы тратите на физическую активность менее 30 минут в день? | Да ВОП, ЭКГ, ХС, глюкоза крови | Нет |
| 7 | Был ли сахарный диабет у ваших близких родственников (у матери, отца, родных сестер и братьев) | Да ВОП, глюкоза крови | Нет |
| 8 | Вы не употребляете ежедневно фрукты и/или овощи (не считая картофеля)? | Да ВОП, ЭКГ, ХС, глюкоза крови | Нет |
| 9 | Выявляли ли у Вас когда-либо повышение уровня глюкозы в крови (при проведении диспансеризации, во время болезни, в период беременности)? | Да ВОП, глюкоза крови | Нет |
| **Оценка факторов риска развития онкологических заболеваний** | | | |
| 10 | Отмечаете ли Вы снижение массы тела за последние 6 месяцев без очевидных на то причин? | Да общий анализ крови (далее – ОАК), рентгенпрофилактическое исследование органов грудной клетки (далее – РФО), ВОП | Нет |
| 11 | Отмечаете ли Вы повышение температуры тела без видимых на то причин? | Да ВОП, ОАК, общий анализ мочи  (далее – ОАМ), РФО | 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 ОАК, РФО, ВОП | Нет |
| 13 | Отмечаете ли Вы появление на коже, губах, в полости рта, в области наружных половых органов поврежденных участков кожи, ран, пятен, в том числе с шелушением, болью, зудом, кровоточивостью, не заживающих в течение 1 месяца? | Да ОАК, РФО, медицинский осмотр в смотровом кабинете с выполнением цитологического исследования (для женщин)  (далее – смотровой кабинет),  ВОП | 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 ОАК, РФО, ВОП | Нет |
| 15 | Стало ли Вас беспокоить отвращение к еде, затруднение глотания, боли в животе, затруднение мочеиспускания, кровянистые выделения, не наблюдаемые ранее? | Да ОАК, ОАМ, ВОП, анализ крови с определением простатспецифического антигена (для мужчин) (далее – ПСА), РФО, смотровой кабинет | Нет |
| 16 | Имеется ли у Вас уплотнение, припухлость, изменение формы молочных желез, выделения из соска? | Да ВОП, смотровой кабинет | Нет |
| 17 | Отмечаете ли вы изменение голоса (охриплость, осиплость, гнусавость)? | Да ВОП, ОАК | Нет |
| **Оценка факторов риска развития хронических обструктивных заболеваний легких** | | | |
| 18 | Курите ли Вы? | Да ВОП, ЭКГ, ХС, РФО | Нет |
| 19 | Ощущаете ли Вы в груди посторонний звук (хрипы, свист, другие звуки)? | Да РФО, ВОП | Нет |
| 20 | Имеется ли у Вас длительный (более двух недель) кашель с отхождением густой или вязкой мокроты? | Да РФО, ВОП | 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) |