



16.	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?	нет	да
17.	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?	нет	да
18.	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?	нет	да
19.	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	нет	да
20.	Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?		
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.	Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля), рыбы не менее 1 раза в неделю?	нет	да
23.	Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?	нет	да
24.	Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?	нет	да
25.	Как часто 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 или 30 мл крепкого алкоголя (водки) или 100 мл сухового 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 180мл крепкого алкоголя (водки) или 600 мл сухового вина или 1,8 литра 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 оавна		баллов

## Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше

Дата анкетирования

Дата рождения

возрастная категория

Поликлиника

Врач-терапевт участковый/врач общей практики (семейный врач)/фельдшер

1.	Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния)?		
1.1	гипертоническая болезнь, повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)?	нет	да
1.2	если "ДА", то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	нет	да
	сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови?	нет	да
	если "ДА", то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	нет	да
1.3	злокачественное новообразование?	нет	да
	если "ДА", то какое		
1.4	повышенный уровень холестерина?	нет	да
	если "ДА", то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	нет	да
1.5	перенесенный инфаркт миокарда?	нет	да
1.6	перенесенный инсульт?	нет	да
1.7	хронический бронхит или бронхиальная астма?	нет	да
2.	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 или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку?	нет	да
3.	Если "ДА", то проходит ли эта боль в покое через 10-20 минут или через 2-5 мин после приема нитроглицерина?	нет	да
4.	Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?	нет	да
5.	Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?	нет	да
6.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	нет	да
7.	Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?	нет	да
8.	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	нет	да
9.	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?	нет	да
10.	Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?	нет	да
11.	Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей (1 порция=200 гр. овощей или =1 фрукту среднего размера)?	нет	да
12.	Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?	нет	да
13.	Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?	нет	да
14.	Были ли у Вас случаи падений за последний год?	нет	да
15.	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?	нет	да
16.	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?	нет	
17.	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?	нет	да

18.	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	нет	да
19.	Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба 10 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?	нет	да
20.	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	нет	да
21.	Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?	нет	Да.
22.	Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?	нет	да
23.	Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?	нет	да
24.	Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?	До 5	5 и более