

Анкетирование населения в рамках проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения

В.В. Меркулова ГБУЗ АО “Архангельский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики”

Анкета для граждан в возрасте до 65 лет

Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше

Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических нефункциональных заболеваний, факторов риска их развития, потребности наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача

Дата анкетирования (день, месяц, год): _____

Ф.И.О. пациента: _____ Пол: _____

Дата рождения (день, месяц, год): _____ Полных лет: _____

Медицинская организация: _____

Должность и Ф.И.О. специалиста проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам: _____

1. Говорят ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется:					
1.1. Гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?	Да	Нет			
Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	Нет			
1.2. Ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да	Нет			
1.3. Цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?	Да	Нет			
1.4. Хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?	Да	Нет			
1.5. Туберкулез (легких или иных локализаций)?	Да	Нет			
1.6. Сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	Нет			
Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	Нет			
1.7. Заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?	Да	Нет			
1.8. Хроническое заболевание почек?	Да	Нет			
1.9. Злокачественное новообразование?	Да	Нет			
Если «Да», то какое?					
1.10. Повышенный уровень холестерина?	Да	Нет			
Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения холестерина?	Да	Нет			
2. Был ли у Вас инфаркт миокарда?	Да	Нет			
3. Был ли у Вас инсульт?	Да	Нет			
4. Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших ближайших родственников в молодом или среднем возрасте (до 6 метров или родствен сестры или до 55 лет у отца или роды родственники в молодом или среднем возрасте)	Да	Нет			
5. Были ли у Ваших близких родственников в молодом среднем возрасте злокачественные новообразования желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других отделов желудка, семейной аденоматоз / диффузной топитоз кишки/ (жужное подоперкулярия)?	Да	Нет			
6. Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, вору или спешите, или при выходе из теплого помещения ощущение давления, жжения, тяжести или иного дискомфорта за грудной и (или) в левом плече, и (в руке)?	Да	Нет			
7. Если на вопрос 6 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или в те более чем 20 мин после прекращения ходьбы/ходьбы в тепле/покое и (или) они исчезают через 1-5 мин после приема нитроглицерина?	Да	Нет			
8. Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или недовольство при движении в одной руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять/удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?	Да	Нет			
9. Возникало ли у Вас когда-либо внезапное быстрое изменение в одной руке, ноге или в лице, губы или язык?	Да	Нет			
10. Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	Да	Нет			
11. Была ли у Вас несколько периодов ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3 месяцев в году?	Да	Нет			
12. Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?	Да	Нет			
13. Была ли у Вас когда-либо кровохарканье?	Да	Нет			
14. Беспокоит ли Вас боль в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?	Да	Нет			
15. Бывает ли у Вас неформенный (полузаканчив) черный или дегтеобразный стул?	Да	Нет			
16. Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?	Да	Нет			
17. Бывают ли у Вас боли в области запястий/костей/отверстий?	Да	Нет			
18. Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?	Да	Нет			
19. Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	Да	Нет			
20. Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?	_____ сигарет				
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. Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?	Да	Нет			
23. Имеете ли Вы привычку подкалывать пригнотвленную шину, не пробуя ее?	Да	Нет			
24. Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?	Да	Нет			
25. Как часто Вы 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 (пороций) Вы выпиваете обычно за один раз?	1 порция равна 12 мл чистого этанола ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водка), ИЛИ 100 мл сухого вина, ИЛИ 300 мл пива				
27. Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций?	1-2 порции (0 баллов)	3-4 порции (1 балл)	5-6 порций (2 балла)	7-9 порций (3 балла)	≥ 10 порций (4 балла)
28. Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций?	6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водка), ИЛИ 600 мл сухого вина, ИЛИ 1,8 л пива				
29. Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций?	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 равна _____ баллов					
30. Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)?	Да	Нет			

Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических нефункциональных заболеваний, факторов риска, старческой астении

Дата анкетирования (день, месяц, год): _____		Пол: _____	
Ф.И.О. пациента: _____		Полных лет: _____	
Дата рождения (день, месяц, год): _____		Медицинская организация: _____	
Должность и Ф.И.О. специалиста проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам: _____			
1. Говорят ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется:			
1.1. Гипертоническая болезнь, повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)?	Да	Нет	
Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	Нет	
1.2. Сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови?	Да	Нет	
Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	Нет	
1.3. Злокачественное новообразование?	Да	Нет	
Если «Да», то какое?			
1.4. Повышенный уровень холестерина?	Да	Нет	
Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	Нет	
1.5. Перенесенный инфаркт миокарда?	Да	Нет	
1.6. Перенесенный инсульт?	Да	Нет	
1.7. Хронический бронхит или бронхиальная астма?	Да	Нет	
2. Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, ваете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения, тяжести или иного дискомфорта за грудной и (или) в левом плече, и (или) в левой руке?	Да	Нет	
3. Если на вопрос 2 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают в течение не более чем 20 мин. после прекращения ходьбы/ходьбы в тепле/покое и (или) они исчезают через 1-5 мин. после приема нитроглицерина?	Да	Нет	
4. Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке/ноге или так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?	Да	Нет	
5. Возникало ли у Вас внезапное без видимых причин кратковременное изменение в одной руке, ноге или половине лица, губы или язык?	Да	Нет	
6. Возникла ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	Да	Нет	
7. Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?	Да	Нет	
8. Бывают ли у Вас несколько периодов ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3 месяцев в году?	Да	Нет	
9. Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?	Да	Нет	
10. Бывает ли у Вас когда-либо кровохарканье?	Да	Нет	
11. Беспокоит ли Вас боль в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?	Да	Нет	
12. Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?	Да	Нет	
13. Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	Да	Нет	
14. Были ли у Вас периоды при падении с высоты своего роста, при ходьбе по ровной поверхности или перелом без видимой причины, в т.ч. перелом позвоночника?	Да	Нет	
15. Сигарете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы и (или) Ваш рост в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?	Да	Нет	
16. Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?	Да	Нет	
17. Употребляете ли Вы большое количество (3 раза или более в неделю) продукты 1) или более в неделю?	Да	Нет	
21. Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения сахара?	Да	Нет	
22. Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или раздраженным в последнее время?	Да	Нет	
23. Стреляет ли Вы недержанием мочи?	Да	Нет	
24. Испытываете ли Вы затруднения при передвижении по дому, улице (клуба на 100 м, подъем на 1 лестничной пролет)?	Да	Нет	
25. Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Да	Нет	
26. Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?	Да	Нет	
27. Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?	Да	Нет	
28. Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?	Да	Нет	
29. Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?	До 5	5 и более	
30. Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)?	Да	Нет	

Что позволяет выявить анкетирование

- Наличие заболевания
- Отягощенную наследственность
- Вероятность наличия хронических заболеваний
- Поведенческие факторы риска развития ХНИЗ
- Риск старческой астении (для возраста 65 и старше)
- Полипрагмазию (для возраста 65 и старше)

Что дает правильная интерпретация результатов анкетирования

- Профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию проводить с учетом имеющегося у гражданина заболевания
- Направить гражданина на консультацию к врачу-специалисту вне рамок диспансеризации
- Определить показания для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации
- Определить, на чем нужно будет сделать акцент при проведении профилактического консультирования
- Направить гражданина на 2 этап диспансеризации

Интерпретация результатов, в том числе, зависит от качества проведения анкетирования

Что влияет на качество анкетирования

- Доступность анкет: в отделении (кабинете) медицинской профилактики; на сайте медицинской организации
- Понимание гражданином цели анкетирования
- Правильное трактование гражданином смысла вопросов
- Качество анкет
- Благоприятные условия для заполнения анкеты

Где искать нормативные и методические документы

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения РФ

<https://gnicpm.ru/> , раздел «Специалистам»

ГБУЗ АО «Архангельский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики»

<http://zdorovie29.ru/spetsialistam/dispenserizatsiya/>

Важно: на сайте медицинской организации должна быть размещена актуальная информация!