https://sadip.ru/Patients/. **(новая по приказу 124 н)**

**Анкета для граждан .**

На выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Дата обследования (день,месяц,год) |
|  | Ф.И.О. ПОЛ |
|  | Дата рождения(день,месяц,год)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ полных лет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ГБУЗ РК «Прилузская ЦРБ» Врач – терапевт (Фельдшер) - |
| 1 | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется |
|  |  гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)? | да | нет |
|  | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления? | да | нет |
| 2 |  ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? | да | нет |
| 3 | 1.3 цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)? | да | нет |
| 4 | 1.4 хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)? | да | нет |
| 5 | 1.5 туберкулез (легких или иных локализаций)? | да | нет |
| 6 | 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 |
| 7 | 1.7 заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)? | да | нет |
| 8 | 1.8 хроническое забалевание почек? | да | нет |
| 9 | 1.9 злокачественное новообразование? | да | нет |
|  | Если «Да», то какое? |
| 10 | 1.10 повышенный уровень холестерина? | да | нет |
|  | Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина? | да | нет |
| 11 | Был ли у Вас инфаркт миокарда? | да | нет |
| 12 | Был ли у Вас инсульт? | да | нет |
| 13 | Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте( до 65 лет- у матери или родных сестер или до 55 лет - у отца или родных братьев)? | да | нет |
| 14 | Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования ( желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, полипоз желудка, кишечника, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или семейный аденоматоз, диффузный полипоз) толстой кишки? (нужное подчеркнуть) | да | нет |
| 15 | 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? | да | нет |
| 16 | Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущения) в течение 10минут? (нужное подчеркнуть) | да | нет |
| Да, исчезает самостоятельно  | Да, исчезает после приема нитроглицерина  | нет |
| 17 | Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате? | да | нет |
| 18 | Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка? | да | нет |
| 19 | Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз? | да | нет |
| 20 | Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году? | да | нет |
| 21 | Бывают ли у Вас свистящие «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без? | да | нет |
| 22 | Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье? | да | нет |
| 23 | Беспокоят ли вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита? | да | нет |
| 24 | Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул? | да | нет |
| 25 | Похудели ли вы за последнее время без видимых причин (без увеличения физической активности и соблюдения диет)? | да | нет |
| 26 | Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия? | да | нет |
| 27 | Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом? | да | нет |
| 28 | Курите ли Вы?( курение одной и более сигарет в день) | да | нет |
|  | Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете? сиг/день \_\_\_\_\_ сколько лет\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 29 | Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)? А также утренняя гимнастика и другие физические упражнения. | До 30 минут | 30 минут и более |
|  |  |  | нет |
| 30 | Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля); 1 порция = 200гр овощей или = 1фрукт среднего размера. | да | нет |
|  |  |  | нет |
| 31 | Имеете ли Вы привычку подсаливать, приготовленную пищу не пробуя ее? | да | нет |
| 32  | Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача? | да | нет |
| 33 | 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) |
| 34 | Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) Вы выпиваете обычно за один раз?1 порция равна или 30 мл крепкого алкоголя(водки) или 100 мл сухого вина или 300мл 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) |
| 35 | Как часто Вы употребляете за один раз 6 и более порций?6 порций равны или 180мл крепкого алкоголя (водки) или 600 мл сухого вина или 1,8л 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 равна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_баллов |
| 36 | Есть ли у вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые бы вы хотели сообщить своему врачу, фельдшеру? | да | нет |

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО гражданина либо законного представителя гражданина)

«\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.р. Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

Даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, предложенное мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(ФИО гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

Проживающему по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

Медицинское вмешательство: **Проведение Всероссийской Диспансеризации;Профилактический осмотр.**

 (наименование вида медицинского вмешательства)

Необходимое для оказания медицинской помощи в связи с имеющимся заболеванием (состоянием, осуществляемое в ГБУЗ РК «Интинская ЦГБ»

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, ФИО лечащего врача либо иного мед.работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст.20 ФЗ от 21.11.2011г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО лечащего врача либо иного мед.работника, участвующего в оказании мед.помощи)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)