

	Дата обследования (день, месяц, год)	
	Ф.И.О.	Пол
	Дата рождения (день, месяц, год)	Полных лет
	Поликлиника № _____	Врач-терапевт участковый /врач общей практики (семейный врач)/фельдшер _____
1.	Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):	
	повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)?	да Нет
	ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	да Нет
	сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови?	да Нет
	онкологическое злокачественное заболевание (если «ДА» указать, какое)?	да Нет
	перенесенный инфаркт миокарда?	да Нет
	перенесенный инсульт?	да Нет
	хроническое бронхо-легочное заболевание	да Нет
	хроническое заболевание почек	да Нет
2.	Возникает ли у Вас во время ходьбы или волнения жгущая, давящая, сжимающая боль за грудиной, в левой половине грудной клетки, в левом плече или руке?	да нет
3.	Если «да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или после приема нитроглицерина	да Нет
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?	да Нет
5.	Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?	да Нет
6.	Возникала 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.	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	да нет
9.	Были ли у Вас случаи падений за последний год более 2 раз?	да Нет
10.	Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста при ходьбе по ровной поверхности или спонтанный перелом (без видимой причины), в т.ч. перелом позвонка?	да Нет
11.	Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы ?	да Нет
12.	Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время?	да Нет
12.1	Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?	да Нет
12.2	Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?	да Нет
13.	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?	да Нет
14.	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?	да Нет
15.	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?	да Нет
16.	Есть ли у Вас проблемы с памятью, существенно мешающие Вам в повседневной жизни?	да Нет

17.	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	да	Нет
18.	Имеете ли Вы привычку досаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?	да	Нет
19.	Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей (1 порция =200 гр. овощей или =1 фрукту среднего размера)?:	да	Нет
20.	Ограничиваете ли Вы потребление пищи с высоким содержанием холестерина (сливочное масло, сало, жирные сорта мяса, печень, яйца птицы и др.)	да	Нет
21.	Употребляете ли Вы рыбу 2 раза или более в неделю	да	Нет
22.	Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю	да	Нет
23.	Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу 30 минут и более?	да	Нет