

Анкета по раннему выявлению онкозаболеваний и риска сердечно-сосудистых заболеваний.

ФИО _____

Полных лет _____

Контактный телефон _____

Рост _____ Вес _____

1. Наследственность. Пожалуйста, отметьте верные для Вас утверждения.

<input type="checkbox"/>	Наличие сердечно-сосудистых заболеваний у родственников в возрасте от 40 до 50 лет.
<input type="checkbox"/>	Наличие сердечно-сосудистых заболеваний у двух кровных родственников в любом возрасте.
<input type="checkbox"/>	Наличие сердечно-сосудистых заболеваний у трёх кровных родственников в любом возрасте.
<input type="checkbox"/>	Внезапная смерть родственника в трудоспособном возрасте в связи с сердечно-сосудистым заболеванием.
<input type="checkbox"/>	Наличие у кровных родственников злокачественных новообразований кишечника/ молочной железы/ тела матки (нужное подчеркнуть).
<input type="checkbox"/>	Наличие рака желудка у кровных родственников.
<input type="checkbox"/>	Рак предстательной железы у кровных родственников.
<input type="checkbox"/>	Наличие меланомы у кровных родственников.
<input type="checkbox"/>	Наличие рака щитовидной железы у кровных родственников.
<input type="checkbox"/>	Онкозаболевания у кровных родственников (вписать):

2. Выявление риска сердечно-сосудистых заболеваний.**2.1. Вы курите?**

<input type="checkbox"/>	Не курю	<input type="checkbox"/>	1 -10 сигарет/сутки	<input type="checkbox"/>	Более 11 сигарет/сутки	<input type="checkbox"/>	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
--------------------------	---------	--------------------------	---------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	--

2.2. Носит ли ваша жизнь стрессовый характер?

<input type="checkbox"/>	Нет	<input type="checkbox"/>	Периодами	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
--------------------------	-----	--------------------------	-----------	--------------------------	----	--------------------------	--

2.3. Как вы питаетесь?

<input type="checkbox"/>	Соблюдаю правильное питание ежедневно (много овощей и фруктов в свежем виде, злаки, орехи, рыба, постное мясо, обезжиренные молочные продукты, яйца 1-3 в неделю, ограничение соли, жиров, отсутствие алкоголя)	<input type="checkbox"/>	Очень умеренное употребление мяса, жиров, мучного, сладкого	<input type="checkbox"/>	Несколько избыточное употребление	<input type="checkbox"/>	Без ограничений
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-----------------

2.4. Менялся ли Ваш вес за последний год?

<input type="checkbox"/>	Нет	<input type="checkbox"/>	Да, прибавка или снижение более 5 кг	<input type="checkbox"/>	Да, прибавка или снижение более 10 кг
--------------------------	-----	--------------------------	--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------

2.5. Рассчитаете свой индекс массы тела?

Ваш вес _____

Ваш рост _____

Вес/рост² = _____

2.5. Оцените вашу физическую активность.

Ходьба в быстром темпе ежедневно не менее 30 минут (или ходьба по 40 мин до 3-4 раз в неделю, или занятия подвижными играми (волейбол, теннис, футбол) или велосипедные/ лыжные прогулки, или активные плавательные нагрузки, или другая аналогичная нагрузка)	Отсутствие физической активности и нагрузки	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
--	---	--

2.6. Какое у Вас артериальное давление?

До 130/80 мм рт.ст.	Свыше 130/80 мм рт.ст.
---------------------	------------------------

2.7. Есть ли у вас непроходимая боль в ухе/шум в ушах/ головокружение (нужное подчеркнуть)?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

Раннее выявление онкозаболеваний.

3. Блок. Общие симптомы.

3.1. Выявляли ли у Вас ранее онкозаболевания?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

3.2. Имеется ли за последние полгода потеря в весе (без веской причины)?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

3.3. Повышается ли у Вас постоянно температура в течение длительного времени?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

3.4. Прощупываете ли вы у себя какую-нибудь опухоль?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

3.5. Есть ли у Вас симптомы анемии (бледность кожных покровов, головокружение, снижение артериального давления)?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

4. Блок. Кожа.

4.1. У вас светлая кожа, светлые волосы и глаза?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

4.2. Частое воздействие солнечных лучей (профессиональное, бытовое, увлечение солярием)?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

4.3. Частый контакт с химическими канцерогенами, ионизирующим излучением?

Следует дать некоторые названия канцерогенов. либо приложить список

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

4.4. У вас есть пигментное родимое пятно (невус) более 1,5 см?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

4.5. У Вас большое количество невусов (более 50)?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

4.6. Отмечаете ли Вы увеличение, уплотнение, кровоточивость родимого пятна, родинки?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

			комментарий врача
--	--	--	-------------------

4.7. Если ли у Вас на коже образования, которые изменили цвет, размер, стали кровоточить за последнее время; внутрикожные уплотнения, выступающие над поверхностью кожи, длительно не заживающие язвы?

ДА		НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	--	-----	--

4.8. Отмечаете ли Вы разрастание в некоторых участках кожи в виде бородавок?

ДА		НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	--	-----	--

4.9. Появился зуд, покалывание в области родимого пятна или родинки?

ДА		НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	--	-----	--

4.10. Есть ли увеличенные узлы на шее, над ключицей, в подмышечных, паховых областях?

ДА		НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	--	-----	--

4.11. Есть ли обильный ночной пот, кожный зуд?

ДА		НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	--	-----	--

5. Блок. Органы полости рта и глотки.

5.1. Есть ли у Вас многократное травмирование слизистой оболочки полости рта (неудобные зубные протезы, острые сколы зубов и т.д.) ?

ДА		НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	--	-----	--

5.2. Есть ли у Вас на губе, во рту, под языком уплотненные участки, язвы, какие –либо разрастания, незаживающие трещины?

ДА		НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	--	-----	--

5.3. У Вас есть контакт с жидкими смолами, продуктами переработки нефти?

ДА		НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	--	-----	--

5.4. У Вас наблюдается не проходящая боль в полости рта, припухлость и утолщение языка длительное время, чувство онемения языка?

ДА		НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	--	-----	--

6. Блок. Гортань.

6.1. Отмечаете ли ощущение присутствие инородного тела?

ДА		НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	--	-----	--

6.2. Отмечаете ли Вы охриплость, изменение тембра голоса, осиплость голоса 2 недели и более?

ДА		НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	--	-----	--

6.3. Есть ли у Вас затруднение или боль при глотании?

ДА		НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	--	-----	--

6.4. Есть ли у Вас затруднение дыхания.

ДА		НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	--	-----	--

7. Блок. Пищевод.

7.1. Отмечаете ли Вы боль или затруднения глотания?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

7.2. Есть ли затруднения при прохождении пищи по пищеводу, периодически возникающая рвот?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

8. Блок. Щитовидная железа.

8.1. Если ли у Вас осиплость голоса, чувство сдавления шеи, какие-либо узлы, уплотнения на шее?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

8.2. Проводилось ли лечение радиоактивными лучами шеи и головы в детстве и юношеском возрасте?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

8.3. Вы были в районах с повышенным уровнем радиации (Чернобыль, Маяк и т.д.)?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

8.4. У вас были ранее выявлены доброкачественные новообразования в области шеи (аденома, киста)?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

9. Блок. Легкие.

9.1. Отмечаете ли Вы длительный кашель?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

9.2. Есть ли кровянистые выделения при кашле?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

9.3. Есть ли постоянная, постепенно нарастающая боль в грудной клетке?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

9.4. Есть ли у Вас профессиональная вредность (контакт с химической пылью, асбестом, цементом и т.д.)?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

10. Блок. Молочная железа.

10.1. Имеются ли какие-либо изменения молочной железы (уплотнения, втяжения, отек)?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

10.2. Есть ли выделения из сосков молочных желез?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

10.3. Ставили ли Вам диагноз мастопатия?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

10.4. Были ли у Вас операции на молочной железе, травмы молочной железы?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

10.5. Есть ли у Вас бесплодие, отсутствие родов?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

10.6. Есть ли у Вас длительная лактация (более 2-х лет)?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

11. Блок гинекологический для женщин.

11.1. С возраста началась менструация ?

10-12 лет	12-14 лет	Другое _____
-----------	-----------	--------------

11.2. Какая длительность менструации (сколько дней)?

_____ дней

11.3. Какой ваш менструальный цикл (от первого дня до начала следующего дня менструации)?

_____ дней

11.4. Характер менструации

Регулярные	Нерегулярные	
Безболезненные	Болезненные	
Скудные	Умеренные	Обильные

11.5. Последняя дата менструации (или менопауза)?

Впишите дату: _____	менопауза	
---------------------	-----------	--

11.6. Какой вы используете вид контрацепции?

Приём гормональных препаратов	Презервативы	Прерванный половой акт
-------------------------------	--------------	------------------------

11.7. Были ли у Вас беременности?

Нет	ДА
-----	----

11.8. Если у Вас были беременности, отметьте про них следующую информацию:

	Количество	В каком году
Роды		
Аборты		
Выкидыши (замершие беременности)		

11.9. Были ли у Вас выявлены гинекологические заболевания (поликистозные яичники, нарушение менструального цикла, миома матки, эндометриоз, кисты яичников, заболевания молочных желез, заболевания шейки матки)?

Нет	ДА _____	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
-----	----------	--

11.10. Проводились ли Вам гинекологические операции и манипуляции (в т.ч. выскабливание полости матки), какие и в какие даты проведения?

Нет	ДА _____	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
-----	----------	--

12. Блок. Желудок.

12.1. Делали вам когда-нибудь гастроскопию?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

12.2. Ставили ли Вам диагноз хронический атрофический гастрит?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

12.3. Ставили ли Вам диагноз язвенная болезнь желудка?

ДА	НЕТ	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
----	-----	--

12.4. Отмечаете ли Вы слабость, снижение аппетита, потерю веса, отвращение к пище, тяжесть после приёма пищи?

<input type="checkbox"/>	ДА	<input type="checkbox"/>	НЕТ	<input type="checkbox"/>	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	--

13. Блок. Кишечник и толстая кишка.

13.1. Делали вам когда-нибудь колоноскопию?

<input type="checkbox"/>	ДА	<input type="checkbox"/>	НЕТ	<input type="checkbox"/>	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	--

13.2. Были ли обнаружены полипы кишечника?

<input type="checkbox"/>	ДА	<input type="checkbox"/>	НЕТ	<input type="checkbox"/>	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	--

13.3. Есть ли у Вас постоянная, постепенно нарастающая боль в животе?

<input type="checkbox"/>	ДА	<input type="checkbox"/>	НЕТ	<input type="checkbox"/>	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	--

13.4. Отмечаете ли Вы неустойчивый стул, ложные позывы к дефекации, чувство неполного опорожнения кишечника при дефекации, хронические запоры?

<input type="checkbox"/>	ДА	<input type="checkbox"/>	НЕТ	<input type="checkbox"/>	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	--

13.5. Есть ли кровянистые выделения из прямой кишки?

<input type="checkbox"/>	ДА	<input type="checkbox"/>	НЕТ	<input type="checkbox"/>	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	--

14. Блок. Предстательная железа и мочевого пузыря.

14.1. Отмечаете ли Вы ночное мочеиспускание, неполное опорожнение мочевого пузыря, вялая струя мочи, мочеиспускание малыми порциями?

<input type="checkbox"/>	ДА	<input type="checkbox"/>	НЕТ	<input type="checkbox"/>	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	--

14.2. Есть ли кровянистые выделения при мочеиспускании?

<input type="checkbox"/>	ДА	<input type="checkbox"/>	НЕТ	<input type="checkbox"/>	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	--

14.3. Есть ли эпизоды задержки мочи?

<input type="checkbox"/>	ДА	<input type="checkbox"/>	НЕТ	<input type="checkbox"/>	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	--

14.4. Отмечаете ли Вы боли при мочеиспускании, неприятные ощущения?

<input type="checkbox"/>	ДА	<input type="checkbox"/>	НЕТ	<input type="checkbox"/>	Затрудняюсь ответить / нужен комментарий врача
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	--