Приложение 5
к Инструкции о порядке
проведения диспансеризации
взрослого и детского населения
Республики Беларусь

Форма 1-А

АНКЕТА
выявления факторов риска развития неинфекционных заболеваний

Дата проведения анкетирования:			
Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется):			
Номер телефона (с указанием кода):			
Число, месяц, год рождения:		Возраст:	
Оценка факторов риска развития болезней системы кровообращения			
1	Беспокоят ли Вас при физической нагрузке боли и (или) ощущение давления, жжения, тяжести, явного дискомфорта за грудиной, и (или) в левой половине грудной клетке, и (или) левом плече, и (или) левой руке?	Да	Нет
2	Досаливаете ли Вы приготовленную пищу?	Да	Нет
3	Были ли у Вас эпизоды повышения артериального давления?	Да	Нет
4	Были ли у Вас потери сознания?	Да	Нет
5	Беспокоит ли Вас ощущение перебоев и пауз в работе сердца, и (или) очень быстрое биение сердца, и (или) чрезвычайно медленное биение сердца?	Да	Нет
Оценка факторов риска развития сахарного диабета 2 типа			
6	Вы тратите на физическую активность менее 30 минут в день?	Да	Нет
7	Был ли сахарный диабет у ваших близких родственников (у матери, отца, родных сестер и братьев)	Да	Нет
8	Вы не употребляете ежедневно фрукты и/или овощи (не считая картофеля)?	Да	Нет
9	Выявляли ли у Вас когда-либо повышение уровня глюкозы в крови (при проведении диспансеризации, во время болезни, в период беременности)?	Да	Нет
Оценка факторов риска развития онкологических заболеваний			
10	Отмечаете ли Вы снижение массы тела за последние 6 месяцев без очевидных на то причин?	Да	Нет
11	Отмечаете ли Вы повышение температуры тела без видимых на то причин?	Да	Нет
12	Отмечаете ли вы изменение цвета, размера, формы любой родинки, появление боли, чувствительности,	Да	Нет

	признаков воспаления в области какой-либо родинки либо иных изменений, вызывающих у Вас беспокойство?		
13	Отмечаете ли Вы появление на коже, губах, в полости рта, в области наружных половых органов поврежденных участков кожи, ран, пятен, в том числе с шелушением, болью, зудом, кровоточивостью, не заживающих в течение 1 месяца?	Да	Нет
14	Имеется ли у Вас упорный сухой кашель или кашель с прожилками крови в мокроте, одышка, боли в грудной клетке в течение последних 6 месяцев?	Да	Нет
15	Стало ли Вас беспокоить отвращение к еде, затруднение глотания, боли в животе, затруднение мочеиспускания, кровянистые выделения, не наблюдаемые ранее?	Да	Нет
16	Имеется ли у Вас уплотнение, припухлость, изменение формы молочных желез, выделения из соска?	Да	Нет
17	Отмечаете ли вы изменение голоса (охриплость, осиплость, гнусавость)?	Да	Нет
Оценка факторов риска развития хронических обструктивных заболеваний легких			
18	Курите ли Вы?	Да	Нет
19	Ощущаете ли Вы в груди посторонний звук (хрипы, свист, другие звуки)?	Да	Нет
20	Имеется ли у Вас длительный (более двух недель) кашель с отхождением густой или вязкой мокроты?	Да	Нет
21	В случае наличия жалоб или симптомов, которые не указаны в анкете, проинформируйте об этом медицинского работника		

Подтверждаю правильность предоставленных ответов _____ _____

(подпись) (инициалы, фамилия)