

АНКЕТА

на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, туберкулеза и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача и правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирования) граждан при прохождении диспансеризации

	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	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас повышенное артериальное давление?		
	нет	да	
2	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?		
	нет	да	
3	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда)?		
	нет	да	
4	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)?		
	нет	да	
5	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови?		
	нет	да	
6	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеются заболевания желудка и кишечника (хронический гастрит, язвенная болезнь, полипы)?		
	нет	да	
7	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется заболевание почек?		
	нет	да	
8	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется онкологическое заболевание?		
	нет	да	
	если «ДА», то какое _____		
9	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется туберкулез легких?		
	нет	да	
10	Были ли инфаркт миокарда у Ваших близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет)		
	нет	да	не знаю
11	Были ли инсульт у Ваших близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет)		
	нет	да	не знаю
12	Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования (рак желудка, кишечника, семейные полипозы)		
	нет	да	не знаю
13	Возникает ли у Вас, когда Вы поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите или выходите из теплого помещения на холодный воздух, боль, ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки с распространением в левую руку или без него?		
	нет	да	
14	Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут?		
	нет	да	Принимаю нитроглицерин
15	Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге, или руке и ноге одновременно?		
	нет	да	
16	Возникало ли у Вас когда-либо внезапно кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица?		
	нет	да	
17	Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?		
	нет	да	
18	Возникало ли у Вас когда-либо внезапно резкое головокружение или неустойчивость при ходьбе, в связи с чем Вы не могли идти, были вынуждены лечь в постель, обратиться за посторонней помощью (вызвать бригаду скорой помощи)?		
	нет	да	

19	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?				
	нет	да			
20	Бывало ли у Вас кровохарканье?				
	нет	да			
21	Беспокоят ли Вас следующие жалобы в любых сочетаниях: боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?				
	нет	да			
22	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?				
	нет	да			
23	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?				
	нет	да			
24	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?				
	нет	да			
25	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?				
	нет	да			
26	Курите ли Вы? (курение – 1 и более сигарет в день)				
	нет	да			Курил в прошлом
27	Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя?				
	нет	да			
28	Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя?				
	нет	да			
29	Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете?				
	нет	да			
30	Похмеляетесь ли Вы по утрам?				
	нет	да			
31	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			
32	Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)				
	нет	да			
33	Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках, упаковках) или при приготовлении?				
	нет	да			
34	Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?				
	нет	да			
35	Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда и других сладостей в день?				
	нет	да			
36	Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию?				
	нет	да			
37	Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве?				
	нет	да			
38	Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики?				
	нет	да			
39	Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков?				
	нет	да			
40	Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков?				
	нет	да			
41	Испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании?				
	нет	да			
42	Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания?				
	нет	да			
43	Просыпаетесь ли Вы ночью, чтобы помочиться?				
	нет	да			
	Если «да», то сколько раз за ночь Вы встаёте, чтобы помочиться?				
	1 раз	2 раза	3 раза	4 раза	5 раз

Роспись пациента _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу _____

поставлен (поставлена) в известность, что при обращении в КГБУЗ «КГП № 2»

• Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

• Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в КГБУЗ «КГП № 2», и обязуюсь их соблюдать;

• Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

• Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

• Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

• Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

• Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

• Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

• Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

• Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам _____

« _____ » _____ 20 _____ года.

Подпись пациента/

законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(должность, и. о., фамилия)

(подпись)

Главному врачу КГБУЗ «КГП № 2»

А. В. Лоленко

от гражданина(ки) _____,

(фамилия, имя и отчество)

паспорт _____,

(серия и номер паспорта,

кем и когда выдан паспорт)

проживающего(ей) по адресу _____

(адрес регистрации)

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя и отчество)

даю согласие КГБУЗ «КГП № 2» в соответствии со статьей 9 Федерального закона «О персональных данных» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона «О персональных данных».

Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

(подпись)

(фамилия и инициалы)

« _____ » _____ 20 _____ г.

(дата)

Тип: "Луна-Река", лп, 167