****

**АНКЕТА – ОПРОСНИК**

для проведения персонального профилактического экспресс-обследования (индивидуальной программы Check-up) в медицинском центре «Аква-Минск Клиника».

Анкета-опросник носит практически анонимный характер. Сведения, содержащиеся в заполненной анкете, могут быть использованы только для составления примерного Плана профилактического обследования для лица, заполнявшего анкету.

Пожалуйста, внимательно и обдуманно заполняйте анкету, это позволит повысить качество предлагаемого обследования.

Отмечаем, что в процессе прохождения обследования могут возникнуть поводы значительно расширить План.

Пожалуйста, заполните пробелы «\_\_\_» и выделите цветом выбранные варианты при перечислении их (например, «отличное»).

**Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Полных лет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Рост: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Вес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Как Вы оценили бы свое здоровье:**

1. отличное
2. хорошее
3. удовлетворительное
4. плохое

**Как вы оцениваете свое настроение:**

1. отличное
2. хорошее
3. позитивное
4. ровное, без всплесков
5. плохое
6. нет интереса к происходящему вокруг, все надоело

**Что обычно служит причиной Вашего обращения к врачу:**

1. профилактический осмотр
2. плохое самочувствие
3. обострение хронического заболевания
4. возникновение острых заболеваний

**Занимаетесь ли вы физкультурой и спортом:**

1. регулярно
2. эпизодически
3. не занимаюсь

**Курители Вы:**

1. да, регулярно около 20 сигарет в день
2. да, регулярно менее 20 сигарет в день
3. изредка
4. нет

**Как часто употребляете алкоголь:**

1. никогда
2. эпизодически
3. один раз в неделю
4. чаще одного раза в неделю

**Опишите Ваши основные жалобы:**

1. –
2. –
3. –
4. –

**Какие болезни были у Вас в течении жизни:**

1. –
2. –
3. –

**Какие хронические болезни у Вас есть:**

1. –
2. –
3. –

**Перенесенные операции и травмы:**

1. –
2. –

**Аллергические реакции на:**

1. пищевые продукты
2. пыльца растений
3. шерсть животных
4. бытовая химия
5. холод
6. медикаменты (указать):
7. другие варианты
8. не было аллергии

**Какие медикаменты Вы принимаете постоянно и в каких дозировках:**

**Ваша наследственность:**

1. умирали ли Ваши близкие родственниками в возрасте 40-50 лет \_\_\_\_\_\_\_
2. был ли у Ваших близких родственников инсульт, инфаркт миокарда \_\_\_\_\_\_\_\_
3. была ли у Ваших близких родственников гипертоническая болезнь \_\_\_\_\_\_\_
4. был ли у Ваших близких родственников сахарный диабет \_\_\_\_\_\_\_
5. был ли у Ваших близких родственников рак желудка или кишечника \_\_\_\_\_\_\_\_
6. был ли у Ваших близких родственников (по женской линии) рак яичника \_\_\_\_\_\_\_\_
7. был ли у Ваших близких родственников (по женской линии) рак молочных желез \_\_\_\_\_\_\_

**Жалуетесь ли Вы в последнее время на:**

1. повышенную утомляемость
2. слабость
3. усталость
4. потливость

**Жалуетесь ли Вы на ухудшение памяти:**

1. нет, все отлично
2. память стала хуже, иногда не могу вспомнить слово
3. хуже помню текущие события, лучше события нескольких лет назад
4. вообще все плохо запоминаю и плохо помню

**Измеряете ли Вы артериальное давление:**

1. регулярно, ежедневно
2. примерно раз в неделю
3. примерно раз в месяц
4. несколько раз в год
5. никогда

**Какие цифры артериального давления характерны для Вас:**

1. 110/70 и ниже
2. 120/80
3. 120/80 -140/90
4. выше 140/90

**Знаете ли Вы уровень сахара в крови:**

1. не измерял
2. обычно норма
3. повышен

**Знаете ли Вы уровень общего холестерина в крови:**

1. не измерял
2. обычно норма
3. повышен

**Ощущали ли Вы перебои в работе сердца или чувство стеснения за грудиной:**

1. никогда
2. иногда
3. достаточно часто

**На какой этаж Вы можете подняться без одышки:**

1. выше 10
2. примерно на 5
3. примерно на 2
4. только на 1
5. одышка всегда

**Как давно Вы проходили рентгенологическое обследование органов грудной клетки (флюорографию):**

1. в текущем году
2. более года назад, но менее двух
3. несколько лет назад
4. очень много лет назад, точно не помню

**Ощущали ли Вы боли головные боли:**

1. никогда
2. иногда
3. достаточно часто

**Ощущали ли Вы шум в ушах и головокружение:**

1. никогда
2. иногда
3. достаточно часто

**Ощущали ли Вы боли в животе:**

1. никогда
2. иногда
3. достаточно часто

**Ощущали ли Вы боли, вздутие живота:**

1. никогда
2. иногда
3. достаточно часто

**Имеете ли Вы проблемы со стулом (дефекацией):**

1. нет, все в порядке
2. запоры
3. поносы

**Ощущали ли Вы боли в спине:**

1. никогда
2. иногда
3. достаточно часто

**Ощущали ли Вы боли в ногах:**

1. никогда
2. иногда
3. достаточно часто
4. только после значительной физической нагрузки

**Бывает ли у Вас сильная жажда:**

1. нет, обычно пью нормально
2. иногда
3. часто бывают приступы жажды, пью много

**Встаете ли Вы мочиться ночью:**

1. не встаю
2. один раз
3. несколько раз

**Как Вы спите:**

1. отлично
2. очень хорошо
3. хорошо
4. с перерывами, просыпаюсь несколько раз за ночь
5. долго не могу уснуть с вечера
6. просыпаюсь ночью и долго не могу уснуть
7. принимаю снотворное

**Как часто Вы посещаете стоматолога:**

1. никогда
2. иногда
3. регулярно 1 раз в год
4. регулярно чаще 1 раза в год

**Бывают ли у Вас проблемы с кожей:**

1. нет, обычно все хорошо
2. высыпания
3. зуд
4. сухость, шелушение
5. выпадение волос

**Менструация с \_\_\_\_\_ лет**

**Менструации в настоящее время через \_\_\_ дней, по \_\_ дней**

**Менструации регулярные (нерегулярные), умеренные (обильные)**

**Контрацепция в настоящее время:**

**Менструации закончились \_\_\_\_ лет назад**

**Родов:**

**Выкидышей:**

**Прерываний беременности:**

**Операций кесарево сечения:**

**Посещение гинеколога:**

1. Регулярно не реже 1 раза в год
2. Раз в несколько лет
3. Изредка, давно не была

**Самостоятельный осмотр молочных желез:**

1. Провожу регулярно раз в месяц
2. Провожу эпизодически несколько раз в год
3. Никогда не провожу

**Ваши пожелания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Сообщаем Вам, что мы можем предложить скомбинировать предлагаемые исследования и провести их в течение нескольких (2-4) дней.

Мы можем предоставить одноместную или двухместную палату для пребывания на время обследования.

Мы также можем предложить Вам массаж, косметологические процедуры и услуги стоматолога.

Кроме этого, мы можем предложить остановиться на эти несколько дней в нашем отеле «Аква-Минск Плюс», расположенном в этом же здании. В этом случае в свободное от обследования время Вы сможете воспользоваться услугами бассейна, тренажерного зала, теннисных кортов, аквапарка.

С уважением, Медицинский центр «Аква-Минск Клиника».