|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Приложение № 1к приказу Министерства здравоохраненияот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Форма \_\_\_\_ |
| Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство\* |
| Я  |
| **(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)** |
|   |
|   |
| **(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)** |
| даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, предложенное мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) |
|  |
|  |
|  |
| **(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)** |
|  проживающему по адресу:  |
| **(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)** |
| медицинское вмешательство: | **диспансеризация, в том числе углубленная диспансеризация** |
| **(наименование вида медицинского вмешательства)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| необходимое для оказания медицинской помощи в связи с имеющимся заболеванием |
| (состоянием), осуществляемое в |  |
| **(полное наименование медицинской организации)** |
| Медицинским работником |  |
| **(должность, Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)** |
| **в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»** |
|  |  |  |
|  |  |
| **подпись** | **(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)** |
|  |  |  |
| **подпись** | **(Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника,участвующего в оказании медицинской помощи)** |
| « » г.  |  |
| **(дата оформления)** |  |

 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Анкета для граждан в возрасте 75 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, риска потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача** |
| Форма 3 |  |  |  |
|  | Дата обследования (день, месяц, год)  |  |
|  | Ф.И.О.  | Пол:  |
|  | Дата рождения (день, месяц, год):  | Полных лет: |
|  | Поликлинника № \_\_\_\_\_\_ | 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, влевом 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, пройтись 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 соблюдения 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. | **Ограничиваите ли Вы потребление пищи с высоким содержанием холестерина** (сливочное масло, сало, жирные сорта мяса, печень, яица 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 |

 |
|  |

 |
|  |
|  |