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

|  |
| --- |
| 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 до 75 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, риска потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача** |  |
| Форма 1 |  |
|  | Дата обследования (день, месяц, год) « » 2023 г. |  |
|  | Ф.И.О.  | Пол: Ж |
|  | Дата рождения (день, месяц, год): « » г. рождения, | Полных лет:  |
|  | Поликлинника № \_\_\_\_\_\_ | Врач-терапевт участковый /врач общей практики (семейный врач)/фельдшер  |
| 1.  | **Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется**  |
| 1.1 | повышенное артериальное давление? | Да | Нет |
| 1.2 | ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? | Да | Нет |
| 1.3 | ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда? | Да | Нет |
| 1.4 | цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)? | Да | Нет |
| 1.5 | хроническое бронхо-легочное заболевание? | Да | Нет |
| 1.6 | туберкулез легких или иных локализаций? | Да | Нет |
| 1.7 | сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови? | Да | Нет |
| 1.8 | заболевания желудка и кишечника **(хронический гастрит, язвенная болезнь, полипы)**? | Да | Нет |
| 1.9 | хроническое заболевание почек? | Да | Нет |
| 1.10 | онкологическое заболевание? | Да | Нет |
| 1.11 | если «ДА», то какое  |
| 2. | **Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников** (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет)**?**  | Да | Нет |
| 3. | **Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования** (рак желудка, кишечника, предстательной железы, других локализаций) **семейные полипозы?**  | Да | Нет |
| 3.1 | Если «ДА», то укажите какое заболевание?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 4. | **Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите или при выходе 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?** | Да | Нет |
| 5. | **Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут?**  | Да | Нет |
| 6. | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?**  | Да | Нет |
| 7. | **Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?**  | Да | Нет |
| 8. | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** | Да | Нет |
| 9. | **Приходилось ли Вам вызывать скорую помощь по поводу гипертонического криза, то есть всвязи с резким ухудшением самочувствия, сильной головной боли, сопровождающейсятошнотой, рвотой, из-за повышения артериального давления?**  | Да | Нет |
| 10. | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты напротяжении примерно 3-х месяцев в году?**  | Да | Нет |
| 11. | **Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?** | Да | Нет |
| 12. | **Беспокоят ли Вас следующие жалобы в любых сочетаниях: боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?** | Да | Нет |
| 13. | **Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?** | Да | Нет |
| 14. | **Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?** | Да | Нет |
| 15. | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** | Да | Нет |
| 16. | **Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?** | Да | Нет |
| 17. | **Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)** | Да | Нет |
| 17.1 | **Если Вы курите, то сколько? сигарет в день \_\_\_\_\_\_\_\_\_сиг/день сколько всего лет Вы курите \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_лет** |
| 17.2 | **Бывают ли у Вас «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания?** | Да | Нет |
| 18. | **Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя?**  | Да | Нет |
| 19. | **Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя?** | Да | Нет |
| 20. | **Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете (употребляете алкоголь)?** | Да | Нет |
| 21. | **Похмеляетесь ли Вы по утрам?** | Да | Нет |
| 22. | **Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе ключая дорогу до места работы и обратно)?** | до 30 минут | 30 минут и более |
| 23. | **Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций)фруктов и овощей (не считая картофеля)?** | Да | Нет |
| 24. | **Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках) или при приготовлении пищи?**  | Да | Нет |
| 25. | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?**  | Да | Нет |
| 26. | **Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда или других сладостей в день?**  | Да | Нет |
| 27. | **Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться,почувствовать себя лучше или вписаться в компанию?** | Да | Нет |
| 28. | **Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве?** | Да | Нет |
| 29. | **Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики?** | Да | Нет |
| 30. | **Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков?** | Да | Нет |
| 31. | **Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков?** | Да | Нет |
| 32. | **Испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании?** | Да | Нет |
| 33. | **Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания?** | Да | Нет |
| 34. | **Просыпаетесь ли Вы ночью, чтобы помочиться?** | Да | Нет |
| 34.1 | **Если «да», то сколько раз за ночь Вы встаёте, чтобы помочиться? 1 раз 2 раза 3 раза 4 раза 5 и более** |

 |
|  |