|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 в связи с резким ухудшением самочувствия, сильной головной боли, сопровождающейся тошнотой, рвотой, из-за повышения артериального давления?** | Да | Нет | | | 10. | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении 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** | | | |
|  |