|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 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 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, в левом 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 | | |  | |
|  |
|  |