|  |  |
| --- | --- |
|  | **Анкета оценки состояния здоровья и образа жизни** |

**ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Пол: М / Ж Дата рождения:** «\_\_\_» г . Вес: кг. Рост: см.

**Телефон/электронная почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Имя (логин) в Инстаграм \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_

**Место проживания на данный момент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Профиль деятельности** (компьютер, производство, какие вредности)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Вредные привычки:** курение (количество сигарет в день в течении лет), алкоголь раз(а) в неделю в течении лет)

Жалобы на **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Что приносит облегчение? (лекарство, вынужденное положение, голод и т.д.)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заболевания в настоящее время (острые и хронические)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Заболевание** |  | **Год постановки диагноза** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Перенесенные операции, включая пластические:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Название операции** |  | **Год** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Аллергия на лекарства, продукты, бытовая: перечислите на что и какие проявления (зуд, высыпания и т.д.)**

|  |
| --- |
| **Препарат, в чем проявления аллергии (сыпь, зуд и т.д.)** |
|  |
|  |
|  |
|  |

Отметьте заболевания, которые есть (были) у Вас и Ваших ближайших родственников. Обведите заболевание и поставьте галочку в графе у кого было или есть это заболевание.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Имеющиеся проблемы** | **Вы** | **Мать/отец** | **Бабушки /****дедушки** |
| **Сердечно-сосудистые заболевания** (инфаркт, сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, инсульт) |  |  |  |
| **Онкология** (какого органа) |  |  |  |
| **Болезни вен** (тромбоэмболия, тромбофлебит, тромбоз) |  |  |  |
| **Неврологические болезни** (эпилепсия, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, аутизм, мигрень, бессонница) |  |  |  |
| **Болезни печени** (гепатит, цирроз) |  |  |  |
| **Психические болезни** (депрессия, панические атаки, анорексия, эпилепсия, шизофрения) |  |  |  |
| **Аутоиммунные болезни** (псориаз, витилиго, волчанка, и др.) |  |  |  |
| **Болезни крови** (анемия, нарушение свертываемости) |  |  |  |
| **Эндокринные болезни** (ожирение, избыток веса, недостаток веса, гипотиреоз, зоб, дифузно-токсический зоб, послеродовый/подострый тиреоидит и др.) сахарный диабет 1 типа, сахарный диабет 2 типа, диабет во время беременности и др) |  |  |  |
| **Болезни глаз** (катаракта, диабетическая ретинопатия, миопия) |  |  |  |
| **Болезни дыхательной системы** (астма, эмфизема, бронхит, пневмония, туберкулез) |  |  |  |
| **Болезни мочевыделительной системы** (пиелонефрит, гломерулонефрит, цистит, камни, бессимптомная бактериурия) |  |  |  |
| **Болезни органов пищеварения** (язва, гастрит, жировой гепатоз, панкреатит, колит, болезнь Крона, перитонит, холецистит, кишечная непроходимость) |  |  |  |
| **Болезни костно-мышечной системы** (артрит, остеохондроз, боли в мышцах, артроз, остеопороз) |  |  |  |
| **Болезни кожи** (фурункулез, лишай, контагиозный моллюск, герпес, бородавки, микозы) |  |  |  |
| **Инфекционные заболевания** (гепатиты, ВИЧ, СПИД, сифилис, вирус герпеса, Эпштейна-Бара, цитомегаловирус. ) |  |  |  |
| **Паразитарные заболевания** (лямблии, острицы, аскариды, токсакары, печеночный сосальщик, амеба дизентерийная, трихинелла, эхинококк, шистосома |  |  |  |
| **Гинекологические заболевания**: эндометриоз, миома матки, фиброзно-кистозная мастопатия, синдром поликистозный яичников, бесплодие, нарушения менструального цикла, эрозия шейки матки, дисплазия шейки матки) |  |  |  |
| **Алкоголизм, лекарственная или наркологическая зависимость** |  |  |  |
| **Для женщин** – перечислите все беременности по следующему плану: Беременность 1. 1. в каком году закончились беременность
2. чем закончилась беременность: самостоятельные роды или кесарево сечение, на каком сроке\_\_\_\_\_недель, аборт, выкидыш, внематочная беременность
3. осложнения беременности: ранний токсикоз, отеки, повышение давления, пре-эклампсия, угроза прерывания беременности
4. Общая прибавка в весе за беременность\_\_\_\_кг
5. Вес и рост новорожденного

 Беременность 2Беременность 3 |

**Перечислите все лекарства, витамины и БАДы, которые принимаете в настоящее время:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название: | Доза (мг) | Частота (в день) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Испытываете ли Вы в настоящее время следующие симптомы:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Имеющиеся проблемы  | Да | Нет |
| Симптомы аллергии (заложенный нос, слезящиеся глаза, насморк) |  |  |
| Образования (узлы и т.п.) на шее, груди, в подмышках, паху |  |  |
| Боль в груди |  |  |
| Одышка в покое |  |  |
| Одышка при физической нагрузке  |  |  |
| Боль в животе |  |  |
| Диарея |  |  |
| Запор (затрудненная перистальтика кишечника) |  |  |
| Кровь в стуле или стул черного цвета |  |  |
| Затрудненное мочеиспускание |  |  |
| Недержание мочи |  |  |
| Выделения или дискомфорт половых органов |  |  |
| Мочеиспускание ночью |  |  |
| Боль в мышцах, костях или суставах |  |  |
| Отеки |  |  |
| Воспаление кровоточивость десен |  |  |
| Кровотечения из носа |  |  |
| Метеоризм (скопление газов) |  |  |
| Зуд в промежности  |  |  |
| Запах изо рта (не устраняемый чисткой зубов) |  |  |
| Нарушения памяти |  |  |
| Сниженная энергичность |  |  |
| Боль в спине |  |  |
| Раздражительность, нервозность, тревожность |  |  |
| Заторможенность |  |  |
| Сухие/ломкие волосы и/или сухая кожа |  |  |
| Угри  |  |  |
| Поредение, выпадение волос |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Имеющиеся проблемы (только для мужчин)** | Да | Нет |
| Боль при эякуляции |  |  |
| Затруднения с достижением/удержанием эрекции |  |  |
| Преждевременная эякуляция |  |  |
| Бесплодие |  |  |
| Сниженное качество спермы |  |  |
| Хронический простатит |  |  |
| Пониженная сексуальная активность |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Имеющиеся проблемы (только для женщин)**  | Да | Нет |
| Повышенная сексуальная активность |  |  |
| Пониженная сексуальная активность |  |  |
| Задержка менструаций ( на сколько дней) |  |  |
| Боль в низу живота независимо от дня цикла |  |  |
| Менструальные боли |  |  |
| Обильные менструации |  |  |
| Приливы |  |  |
| Бесплодие |  |  |
| Способ контрацепции: |  |  |
| - презерватив |  |  |
| - диафрагма |  |  |
| - таблетки |  |  |
| - внутриматочная спираль |  |  |
| - прерванный половой акт |  |  |

**Особенности питания**

Частота приема пищи раз в день

ФРУКТЫ раз в день, количество граммов в день

ОВОЩИ раз в день, количество граммов в день КАКИЕ ПРЕДПОЧИТАЕТЕ: свежие/тушеные/запеченые

МЯСО (говядина, свинина, баранина, крольчатина) раз в неделю

ПТИЦА раз в неделю

РЫБА раз в неделю

МОЛОКО количество мл в день/неделю.

КЕФИР количество мл в день/неделю.

ТВОРОГ количество грамм в день/неделю,

СЫР количество грамм в день/неделю. .

СЛАДОСТИ (конфеты, выпечка, торты) раз в день

КОНСЕРВИРОВАННЫЕ ПРОДУКТЫ раз в неделю

КОПЧЕНОСТИ раз в неделю

ЖАРЕНЫЕ БЛЮДА раз в неделю

КАКОЕ МАСЛО ИСПОЛЬЗУЕТЕ ДЛЯ ЖАРКИ: Подсолнечное / Оливковое / Животные жиры

ХЛЕБ раз в день

КАКОЙ ХЛЕБ ПРЕДПОЧИТАЕТЕ? Черный / Белый / Другое

ОРЕХИ И СЕМЕЧКИ раз в неделю

В КАКОМ ВИДЕ ПРЕДПОЧИТАЕТЕ ОРЕХИ И СЕМЕЧКИ? Сырые / Жареные

СЛАДКИЕ/ГАЗИРОВАННЫЕ НАПИТКИ раз в неделю

ФАСТ ФУД раз в неделю

ВОДА (негазированная, газированная) мл в день

КАКУЮ ВОДУ ИСПОЛЬЗУЕТЕ ДЛЯ ПИТЬЯ: Водопроводную / Фильтрованную водопроводную / Воду из скважины / Воду из пластиковых бутылей / Минеральную воду/

Укажите ваши любимые продукты питания:

**Сколько часов в сутки спите**? Днем час. Ночью час. Во сколько ложитесь спать

**Как часто работаете по ночам?** раз в месяц

**Просыпаетесь ли ночью?** Да / Нет (если «Да», то почему)

**Чувствуете себя отдохнувшим после сна?** Да / Нет (если «Нет», то почему)

**Ваш вид физических нагрузок** (плавание, бег, ходьба, аэробика, силовые упражнения, йога, пилатес и др.)

**Длительность занятий спортом** раз в неделю, часов в неделю

Подпись: Дата: « » г.

Приложите к анкете все последние результаты анализов за прошедший год и выписки из стационара