АНКЕТА

профилактического обследования для раннего выявления возможных онкологических заболеваний у взрослого населения

(заполняется добровольно)

Прочитайте внимательно вопросы. Необходимо указать те отклонения от обычного состояния Вашего здоровья, которые не связаны с обострением имеющихся у Вас хронических заболеваний. Пожалуйста, укажите только те изменения в Вашем самочувствии, которые появились в ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА. От точности ответов зависит своевременное выявление маю беспокоящих Вас или скрыто протекающих заболеваний.

**По все организационным вопросам и замечаниям по проведению анкетирования прошу обращаться по тел.: «Горячей линии» поликлиники 8-981-877-29-41 в рабочие дни недели с 8-00 до 20-00.**

ФИО**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Число, месяц, год рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Место обучения/ работы\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Болезни пищевода, желудка** | | |  |
| 1 | Была ли у Вас выявлена анемия (малокровие) в последние 3 месяца? | | | Да Нет |
| 2 | Отмечаете ли Вы необъяснимую потерю веса в последние 3 месяца? | | | Да Нет |
| 3 | Отмечаете ли Вы потерю аппетита, отвращение к пище в последние 3 месяца? | | | Да Нет |
| 4 | Была ли у Вас рвота кровью, «кофейной гущей» или черный стул? | | | Да Нет |
| 5 | Отмечаете ли Вы нарушение глотания? | | | Да Нет |
| *«Нет» - 0 баллов;* | | | *Да» -1 балл* | **Сумма баллов** |
|  | **Болезни толстого кишечника** | | |  |
| 6 | Бывает ли у Вас кровотечение из заднего прохода или кровь в стуле? | | | Да Нет |
| 7 | Отмечаете ли Вы изменение нормальной работы кишечника: (понос или запор), продолжающееся от 4 до 6 недель? | | | Да Нет |
| 8 | Находил ли у Вас врач узел (объемное образование) при пальпации живота (чаще справа) или пальцевом исследовании прямой кишки? | | | Да Нет |
| 9 | Есть ли у Вас ложные позывы к опорожнению кишечника? | | | Да Нет |
| 10 | Отмечаете ли Вы необъяснимую потерю веса в последние 3 месяца? | | | Да Нет |
| 11 | Беспокоят ли Вас боли в животе или заднем проходе в последние 3 месяца? | | | Да Нет |
| 12 | Была ли у Вас выявлена анемия (малокровие) в последние 3 месяца? | | | Да Нет |
| *«Нет» - 0 баллов;* | | | *«Да» -1 балл* | **Сумма баллов** |
| **Болезни легких** | | | |  |
| 13 | Беспокоит ли Вас постоянный кашель в течение последних 3-х месяцев? | | | Да Нет |
| 14 | Изменился ли характер Вашего кашля в последние 3 месяца? | | | Да Нет |
| 15 | Появилась ли у Вас одышка в последние 3 месяца? | | | Да Нет |
| 16 | Бывает ли у Вас мокрота с прожилками крови? | | | Да Нет |
| 17 | Есть ли у Вас боли в грудной |клетке, связанные с дыханием или кашлем? | | | Да Нет |
| 18 | Отмечаете ли Вы потерю аппетита? | | | Да Нет |
| 19 | Беспокоит ли Вас необъяснимая слабость, усталость? | | | Да Нет |
| 20 | Отмечаете ли Вы необъяснимую потерю веса? | | | Да Нет |
| *«Нет» - 0 баллов;* | | | *«Да» -1 балл* | **Сумма баллов** |
|  | **Болезни щитовидной железы** | | |  |
| 21 | Есть ли у Вас припухлость в основании шеи? | | | Да Нет |
| 22 | Отмечаете ли Вы охриплость голоса, которая сохраняется дольше, чем несколько недель? | | | Да Нет |
| 23 | Есть ли у Вас боли в горле или затруднение при глотании, не связанные с простудой? | | | Да Нет |
| 24 | Отмечаете ли Вы припухлость в другом месте вашей шеи (увеличение лимфатических узлов шеи)? | | | Да Нет |
| *«Нет» - 0 баллов;* | | | *«Да» -1 балл* | **Сумма баллов** |
|  | **Болезни кожи** | | |  |
| 25 | Есть ли у Вас пятно или ранка на коже, не заживающие в течение 4-х недель? | | | Да Нет |
| 26 | Есть ли у Вас пятно или ранка на коже, которые сопровождаются болью/зудом, кровоточивостью, шелушением более 4-х недель? | | | Да Нет |
| 27 | Есть ли у Вас поврежденные участки кожи или изъязвления, не поддающиеся лечению в течение 4-х недель, причину которых Вы не можете объяснить'' | | | Да Нет |
| *«Нет» - 0 баллов;* | | | *«Да» -1 балл* | **Сумма баллов** |
|  | **Патология молочной железы** *(для женщин)* | | |  |
| 28 | Есть ли у Вас узел или уплотнение в области грудной железы? | | | Да Нет |
| 29 | Изменились ли размер или форма грудной железы? | | | Да Нет |
| 30 | Заметили ли Вы втягивание кожи на грудной железе? | | | Да Нет |
| 31 | Отмечаете ли Вы втягивание соска или неправильную его форму? | | | Да Нет |
| 32 | Есть ли у Вас кровянистые выделения из соска? | | | Да Нет |
| 33 | Есть ли у Вас покраснение соска или области вокруг него? | | | Да Нет |
| 34 | Есть ли у Вас отек или образование, уплотнение в подмышке? | | | Да Нет |
| *«Нет» - 0 баллов;* | | | *«Да» -1 балл* | **Сумма баллов** |
|  | **Гинекологические заболевания** *(для женщин)* | | |  |
| 35 | Есть ли у Вас вагинальные кровотечения после менопаузы? | | | Да Нет |
| 36 | Появились ли у Вас (в последние 3 месяца) необычно обильные месячные или кровотечения между месячными? | | | Да Нет |
| 37 | Появились ли у Вас (в последние 3 месяца) водянистые, от розового до темного цвета, неприятно пахнущие выделения из влагалища? | | | Да Нет |
| *«Нет» - 0 баллов;* | | | *«Да» -1 балл* | **Сумма баллов** |
|  | **Болезни простаты** *(для мужчин)* | | |  |
| 38 | Возникают ли у Вас неотложные позывы к мочеиспусканию? | | | Да Нет |
| 39 | Есть ли у Вас затрудненное мочеиспускание? | | | Да Нет |
| 40 | Отмечаете ли Вы учащенное мочеиспускание, особенно в ночное время? | | | Да Нет |
| 41 | Беспокоит ли Вас боль при мочеиспускании? | | | Да Нет |
| 42 | Есть ли у Вас кровь в моче или сперме? | | | Да Нет |
| *«Нет» - 0 баллов;* | | | *«Да» -1 балл* | **Сумма баллов** |
|  |  | | |  |
| 43 | Отмечаете ли Вы изменение цвета любой родинки? | | | Да Нет |
| 44 | Отмечаете ли Вы изменение размера любой родинки? | | | Да Нет |
| 45 | Отмечаете ли Вы изменение формы любой родинки? | | | Да Нет |
| 46 | Диаметр любой Вашей родинки более 7 мм? | | | Да Нет |
| 47 | Появились ли у Вас признаки воспаления какой-либо родинки? | | | Да Нет |
| 48 | Появились ли у Вас выделения из какой-либо родинки? | | | Да Нет |
| 49 | Изменилась ли чувствительность какой-либо родинки? | | | Да Нет |
| 50 | Появились ли у Вас любые изменения в родинке, вызывающие у Вас беспокойство? | | | Да Нет |
| *«Нет» - 0 баллов; «Да» на вопр. 43, 44, 45 – по 2 балла*  *«Да» на вопр. 46-50 – 1 балл* | | 49. Изменилась ли чувствительность какой-либо родинки? | |  |

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: – *заполняет медицинский работник*

A - 0 баллов - нет симптомов онкозаболевания;

B - 1 балл и **более (кроме меланомы)** - имеются симптомы возможного онкозаболевания.

Направлена на дообследование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать какое), к специалисту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать к какому);

C *-* для меланомы: 2 балла и более - имеются симптомы онкозаболевания.

Направлена на дообследование к дерматологу.

Дата заполнения анкеты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 76»

Примечание: Отсутствие вышеперечисленных симптомов не исключает наличие онкозаболевания.