**Дополнительная анкета при проведении диспансеризации граждан 65 лет и старше на выявление риска падений и остеопоротических переломов**

|  |
| --- |
| Дата анкетирования (день, месяц, год): |
| ФИО пациента: | Пол: |
| Дата рождения (день, месяц, год): | Полных лет: |
| Рост: | Вес: |
| Медицинская организация: ГБУЗ ПК «ЧБ им. В.Г.Любимова» |
| Должность и ФИО проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам: |
| 1. | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется: |
| 1.1. | Эндокринные нарушения (сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы, гиперпаратиреоз, тиреотоксикоз, гипогонадизм, эндогенный гиперкортицизм)? | Да | Нет |
| 1.2. | Ревматологические и аутоиммунные заболевания (системная красная волчанка, анкилозирующий спондилит)? | Да | Нет |
| 1.3. | Заболевания органов пищеварения (состояния после резекции желудка, мальабсорбция, хронические заболевания печени)? | Да | Нет |
| 1.4. | Заболевания почек (хроническая почечная недостаточность, синдром Фанкони, почечно-канальцевый ацидоз)? | Да | Нет |
| 1.5. | Заболевания крови (миеломная болезнь, талассемия, лимфомы, лейкозы)? | Да | Нет |
| 1.6. | Другие заболевания и состояния (алкоголизм, иммобилизация, овариэктомия, нервная анорексия, трансплантация органов)? | Да | Нет |
| 1.7. | Генетические нарушения (Синдром Марфана, несовершенный остеогенез, несовершенный десмогенез, гомоцистинурия)? | Да | Нет |
| 2. | Принимаете ли Вы следующие лекарственные препараты: тиреоидные гормоны, антиконвульсанты, иммунодепрессанты, антациды с аллюминием? | Да | Нет |
| 3. | Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас ревматоидный артрит? | Да | Нет |
| 4. | Принимаете ли Вы глюкокортикостероиды в виде таблеток более 3 месяцев? | Да | Нет |
| 5. | Были ли у Вас переломы позвонков, шейки бедра, шейки плечевой кости или два и более перелома (в том числе, разных костей и в разное время)? | Да | Нет |
| 6. | Были ли переломы бедра у Ваших родителей? | Да | Нет |
| 7. | Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день) | Да | Нет |
| 8. | Принимаете ли Вы алкоголь ежедневно более 1 литра пива/ 3 бокалов вина/ 90 мл крепких напитков (водки, коньяка)? | Да | Нет |
| 9. | Были ли у Вас случаи падений за последний год? | Да | Нет |
| 10. | Используете ли Вы (или Вам советовали использовать) трость или ходунки для безопасного передвижения? | Да | Нет |
| 11. | Чувствуете ли Вы неустойчивость, когда идете? | Да | Нет |
| 12. | Вы опираетесь на мебель при передвижении по дому? | Да | Нет |
| 13. | Боитесь ли Вы упасть? | Да | Нет |
| 14. | Вам необходимо опираться на руки, чтобы встать со стула? | Да | Нет |
| 15. | Вам трудно подняться на бордюр? | Да | Нет |
| 16. | У Вас часто возникает потребность срочно посетить туалет для мочеиспускания? | Да | Нет |
| 17. | Ваши ноги утратили чувствительность? | Да | Нет |
| 18. | Вы принимаете лекарства, которые вызывают головокружение или заставляют Вас чувствовать себя более усталым (ой), чем обычно? | Да | Нет |