***АНКЕТА***

***на выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний***

***Просим Вас принять участие в анкетировании***

**1. Возраст:**

25-34 лет; 35-44 лет;

45-54 лет; 55-64лет

65 лет и старше

**2. пол:** мужской

женский

**3.Питание**

***Досаливаете ли Вы уже приготовленную пищу?***

Нет, не досаливаю……………….......1

Да, предварительно пробуя…………2

Да, не пробуя…………………………3

Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)

Нет……………………………………1

Да…………………………………......2

***Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда и других сладостей в день?***

Нет……………………………………1

Да……………………………………..2

***Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках, упаковках) или при приготовлении?***

Нет…………………………………….1

Да……………………………………...2

**4.Физическая активность**

***Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?***

Менее 30 минут………………………..1

30 минут и более………………………2

**5.Курение**

***Как можно охарактеризовать Вас по отношению к курению?***

Никогда не курил (а)…………………..1

Курил (а), но бросила………………….2

Курю…………………………………….3

Если да, то употребляете (употребляли) ли Вы табачные изделия ежедневно?

Нет………………………………………1

Да………………………………………..2

***В каком возрасте Вы начали курить? Если не помните, то как давно это было?***

В возрасте /\_\_\_\_/\_\_\_/ лет /\_\_\_\_/\_\_\_/ лет назад

Сколько в среднем сигарет/папирос (или иных табачных изделий Вы выкуриваете (выкуривали) в день?

/\_\_\_\_/\_\_\_/ сигарет

**6.Употребление алкоголя**

Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя?

Нет…………………………………………..1

Да……………………………………………2

***Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя?***

Нет…………………………………………..1

Да……………………………………………2

***Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете?***

Нет…………………………………………..1

Да……………………………………………2

***Похмеляетесь ли Вы по утрам?***

Нет…………………………………………..1

Да……………………………………………2

***Вы пьете:***

***Пиво?***

Да…………………………………………….1

Нет………………… ……………………….2

Если да, сколько Вы выпили за прошлую неделю /\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

***Сухое вино, Шампанское?***

Да……………………………………………1

Нет…………………………………………..2

Если да, то сколько Вы выпили за прошлую неделю /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

***Крепленое вино?***

Да……………………………………………..1

Нет……………………………………………2

Если да, то сколько Вы выпили за прошлую неделю /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

***Домашние крепкие настойки?***

Да……………………………………………..1

Нет……………………………………………2

Если да, то сколько Вы выпили за прошлую неделю /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

***Водка, коньяк, другие крепкие напитки?***

Да……………………………………………..1

Нет……………………………………………2

Если да, то сколько Вы выпили за прошлую неделю /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

**7.Здоровье и заболевания**

***Как Вы оцениваете в настоящее время состояние Вашего здоровья в целом?***

Отличное……………………………………..1

Очень хорошее…….........................................2

Хорошее………………………………………3

Удовлетворительное…………………………4

Плохое………………………………………...5

***Знаете ли Вы цифры своего артериального давления?***

Нет……………………………………………1

Да…………………….......................................2

***Говорил ли Вам когда-нибудь врач или другой медицинский работник, что у Вас повышенное артериальное давление?***

Нет……………………………………………1

Да……………………………………………..2

***Принимали ли Вы лекарства, понижающие артериальное давление в течение последних 2-х недель?***

Нет……………………………………………1

Да……………………………………………..2

***Говорил ли Вам врач, что у Вас повышенный уровень сахара крови?***

Нет……………………………………………1

Да……………………………………………..2

***Принимали ли Вы в последние 2 недели препараты для снижения уровня сахара крови?***

Нет…………………………………………….1

Да……………………………………………..2

***Знаете ли Вы свой уровень холестерина?***

Нет……………………………………………1

Да……………………………………………..2

***Говорил ли Вам врач, что у Вас повышенный уровень холестерина?***

Нет……………………………………………1

Да……………………………….......................2

**Говорил ли Вам когда-нибудь врач, что у Вас имеются/имелись следующие болезни:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | НЕТ | ДА | НЕ ЗНАЮ |
| Хронический бронхит | 1 | 2 | 3 |
| Бронхиальная астма | 1 | 2 | 3 |
| Инсульт (тромбоз сосудов головного мозга или кровоизлияние) | 1 | 2 | 3 |
| Инфаркт миокарда | 1 | 2 | 3 |
| Ишемическая болезнь сердца (Стенокардия) | 1 | 2 | 3 |
| Онкологические заболевания | 1 | 2 | 3 |
| Сахарный диабет | 1 | 2 | 3 |
| Тип сахарного диабета |  |  |  |

Спасибо за участие!

ФГБУ «ГНИЦПМ»МЗРоссии