

УВАЖАЕМЫЕ ПАЦИЕНТЫ!

Приглашаем Вас пройти **ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ** в поликлинике УЗ «Осиповичская ЦРБ». **Диспансеризация включает:** проведение анкетного опроса пациента по выявлению факторов риска развития неинфекционных заболеваний; анализ факторов риска развития неинфекционных заболеваний; проведение медицинского осмотра пациента и принятие решения о проведении дополнительной диагностики (прохождение флюорографии, лабораторных и других исследований); консультирование пациента по вопросам медицинской профилактики, пропаганды здорового образа жизни.



В связи с Постановлением МЗ РБ № 83 от 09.08.2022 года «Об утверждении инструкции о порядке проведения диспансеризации» граждане РБ имеют право пройти диспансерный осмотр и при наличии медицинских показаний находиться под диспансерным динамическим наблюдением в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению в амбулаторных условиях.

Диспансеризация проводится: - в возрасте от 18 до 39 лет – один раз в три года
- в возрасте от 40 лет и старше – один раз в год

В целях раннего выявления заболеваний и факторов риска их возникновения, коррекции и лечения, оценки состояния здоровья, проведения медицинской профилактики приглашаем Вас для проведения диспансерного осмотра.

Обращаться в кабинеты: № 50 с 8.00 до 14.00, с 15.00 до 20.00; № 92 с 8.00 до 12.00, с 12.30 до 18.00; № 12 с 8.00 до 15.00; **на прием к врачу общей практики, согласно графика работы;** также записаться для прохождения диспансеризации в удобное для Вас время можно по телефонам: **21-8-14** (кабинет № 92); **60-5-75** (кабинет № 50)

Ты счастлив завтра, если думаешь о здоровье сегодня!

2023

АНКЕТА

выявления факторов риска развития неинфекционных заболеваний

Дата проведения анкетирования			
Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)			
Число, месяц, год рождения:		возраст	
Рост- _____	Вес - _____	Объём талии - _____	
Место работы - _____		Телефон: _____	
1	Имеется ли у Вас хроническое и/или врожденное заболевание?	да	нет
Оценка факторов риска развития болезней системы кровообращения			
2	Был ли у Вас инфаркт миокарда, или инсульт, или внезапная смерть у Ваших близких родственников (у матери, отца или родных сестер, братьев)?		
3	Есть ли у Вас привычка досаливать приготовленную пищу?		
4	Есть ли у Вас избыточный вес?		
5	Были ли у Вас эпизоды повышения артериального давления?		
6	Часто ли Вы испытываете стрессы?		
7	Было ли у Вас раннее выявлено повышение уровня холестерина в крови?		
8	Отмечается ли у Вас потеря сознания?		
9	Бывает ли у Вас ощущение перебоев и пауз в работе сердца, и (или) чрезвычайно медленное биение сердца?		
Оценка факторов риска развития сахарного диабета 2 типа			
10	Вы тратите на физическую активность менее 30 минут в день?		
11	Вы ежедневно употребляете менее 400 грамм фруктов и овощей (не считая картофеля)?		
12	Выявляли ли у Вас когда-либо повышение уровня глюкозы в крови (при проведении диспансеризации, во время болезни, в период беременности)?		
13	Был ли сахарный диабет у Ваших близких родственников (у матери, отца или родных сестер, братьев)?		

Оценка факторов риска развития онкологических заболеваний		да	нет	Затрудняюсь ответить
1 4	Отмечаете ли Вы снижение массы тела за последние 6 месяцев без очевидных на то причин?			
1 5	Отмечаете ли Вы повышение температуры тела без видимых на то причин?			
1 6	Имеются ли у Вас новообразования на коже, губах и в полости рта, в области наружных половых органов или увеличенные лимфатические узлы?			
1 7	Имеются ли у Вас незаживающие язвы, эрозии на коже, губах и в полости рта, в области наружных половых органов. Отмечается ли у Вас изменение размера, формы и цвета родинок?			
1 8	Имеется ли у Вас упорный сухой кашель или кашель с прожилками крови в мокроте?			
1 9	Стали ли Вас беспокоить боли в животе, затруднение глотания, отвращение к еде, затруднение мочеиспускания, кровянистые выделения, не наблюдаемые ранее?			
2 0	Имеется ли у Вас уплотнение, припухлость, изменение формы молочных желез, выделения из соска?			
2 1	Были ли у Ваших близких родственников (у матери, отца или родных сестер, братьев) онкологические заболевания?			
Оценка факторов риска развития хронических обструктивных заболеваний легких				
2 2	Курите ли Вы?			
2 3	Ощущаете ли Вы в груди посторонний звук (хрипы, свист, другие звуки)?			
2 4	Имеется ли у Вас длительный (более двух недель) кашель с отхождением густой или вязкой мокроты?			
2 5	В случае наличия жалоб или симптомов, которые не указаны в анкете, проинформируйте об этом медицинского работника			

Подтверждаю правильность предоставленных ответов _____

_____ (инициалы, фамилия)