УТВЕРЖДАЮ
Главный врач
КГБУЗ «ГБ ЗАТО Солнечный»
_____.И.Г.Шульга
Приложение к приказу
№ 350 от «08» 07 2019г.

Административный регламент предоставления услуги «Запись для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации взрослого населения» в КГБУЗ «ГБ ЗАТО Солнечный»

1. Общие положения

1.1. Предметом регулирования настоящего Административного регламента (далее – Регламент) являются отношения в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, возникающие между заявителями и КГБУЗ «ГБ ЗАТО Солнечный» оказывающей первичную медико-санитарную помощь в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае (далее – МО).

Настоящий Регламент регулирует вопросы, связанные с записью на комплексную медицинскую услугу «Профилактический медицинский осмотр» или «Диспансеризация» (диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации) следующих групп взрослого населения (в возрасте от 18 лет и старше):

- работающие граждане;
- неработающие граждане;
- обучающиеся в образовательных организациях по очной форме.

Настоящий Регламент не применяется в случаях, когда законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации установлен порядок проведения диспансеризации отдельных категорий граждан, отличный от утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

1.2. Правом на получение услуги «Запись для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации» (далее – Услуга) обладают граждане (пациенты), застрахованные в системе обязательного медицинского страхования, прикрепленные к медицинской организации для оказания медицинской помощи.

1.3. Гражданин проходит профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию в МО, в которой получает первичную медико-санитарную помощь.

1.4. Требования к порядку информирования о порядке предоставления услуги.

Информация о порядке записи на профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию размещается в помещении медицинской организации, на официальном сайте МО.

2. Стандарт предоставления Услуги

2.1. Наименование государственной услуги: «Запись для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации». Краткое наименование услуги: «Запись для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации».

Услуга позволяет заявителям реализовать свои права на выбор даты и времени обслуживания в МО.

2.2. Услуга предоставляется МО, указанными в Приложении 1 к настоящему Регламенту.

2.3. Результат предоставления услуги.

О результате предоставления услуги пациент уведомляется набором документов (талонов), подтверждающим запись на профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию и содержащим дату и время приема, наименование МО, адрес, телефон регистратуры, специальность, фамилия, имя и отчество медицинского работника, номер кабинета:

– при обращении по телефону – информация предоставляется в устной форме;

– при личном обращении в регистратуру МО за предоставлением услуги – талоны выдаются в бумажном виде;

– при записи через Интернет – талоны формируются в электронном виде;

Обо всех изменениях в записи на профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию пациент должен быть немедленно оповещен через личный кабинет «Мое здоровье» на портале государственных услуг или по телефону, если номер телефона пациента известен МО.

2.4. Срок предоставления государственной услуги:

Срок предоставления услуги не должен превышать следующие значения:

– при обращении по телефону – не более 15 минут;

– при личном обращении в регистратуру медицинской организации – не более 15 минут;

– при записи через Интернет-портал – не более 15 минут;

2.5. Запись осуществляется на комплексную медицинскую услугу «Профилактический осмотр» или «Диспансеризация» к специалистам кабинетов: доврачебного, смотрового:

– врачу-терапевту участковому;

– фельдшеру (акушерке);

Дальнейшая маршрутизация пациентов (запись на прием к врачам - специалистам, на диагностические исследования) производится непосредственно на приеме специалистом кабинета в соответствии с планом профилактического осмотра, диспансеризации и учетом пожеланий пациента.

Гражданин вправе отказаться от проведения профилактического осмотра, диспансеризации. Оформляется письменный отказ по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа».

Первичная запись на профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию обеспечивается не менее, чем на 14 календарных дней от текущей даты.

2.6. Перечень документов и сведений, необходимых для предоставления услуги:

Заявитель должен предоставить документы и сведения, позволяющие подтвердить факт страхования в системе ОМС и факт прикрепления к МО(полис ОМС и документ, удостоверяющий личность заявителя).

При обращении представителя заявителя дополнительно предоставляется паспорт гражданина Российской Федерации или иной документ, удостоверяющий личность, в соответствии с действующим законодательством, документ, подтверждающий полномочия представителя в соответствии с действующим законодательством.

2.7. Исчерпывающий перечень оснований для отказа в приеме документов или сведений (при обращении непосредственно в регистратуру МО), необходимых для предоставления услуги.

Основания для отказа в приеме документов или сведений отсутствуют.

2.8. Исчерпывающий перечень оснований для отказа в предоставлении услуги:

- при обращении за предоставлением услуги не представлены документы, указанные в пункте 2.6 настоящего Регламента;

- представление подложных документов или содержащих недостоверные сведения.

2.9. Основания для приостановления предоставления услуги отсутствуют.

2.10. Государственная услуга предоставляется бесплатно.

2.11. Максимальный срок ожидания в очереди при подаче запроса о предоставлении услуги и при получении результата предоставления таких услуг:

- в регистратуре медицинской организации срок ожидания в очереди (при ее наличии) – не более 15 мин.;

- срок получения результата предоставления услуги от регистратора – не более 5 мин.

2.12. Срок и порядок регистрации запроса заявителя на предоставление услуги, в том числе в электронной форме.

Запись на профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию осуществляется в момент обращения заявителя на имеющиеся свободные дату и время по выбору заявителя в соответствии с установленным графиком приема врачей и наличием свободных талонов.

При личном обращении заявителя за услугой в медицинскую организацию пациент обращается в регистратуру МО.

2.13. Помещения регистратуры МО должны обеспечивать комфортное пребывание граждан, соответствовать требованиям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

Помещения, в которых предоставляется услуга (регистратура), места для заполнения запросов о предоставлении услуги (окно или окна регистратуры), информационные стенды с перечнем документов, необходимых для предоставления услуги, соответствуют требованиям законодательства об обеспечении беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры.

2.14. Места получения информации о предоставлении услуги оборудуются стендами с размещаемыми на них информационными материалами, предназначенными для ознакомления заявителей.

2.15. Показатели доступности и качества услуг.

2.15.1. Услуга должна предоставляться при первом обращении заявителя при соблюдении условий, указанных в пункте 2.6 настоящего Регламента;

2.15.2. Продолжительность взаимодействий не должна превышать 15 минут;

2.15.3. Способы предоставления услуги заявителю:

– непосредственно при посещении заявителем регистратуры медицинской организации;

– по телефонам регистратуры МО (приложение 1 к настоящему Регламенту);

– при обращении на Портал государственных услуг РФ (www.gosuslugi.ru) (далее Портал);

– при обращении на региональный портал записи «Веб-регистратура.ру» (далее Портал);

2.15.4. Срок предоставления услуги – не более 15 минут.

2.15.5. Особенности предоставления услуги в электронной форме:

При записи через Интернет или при использовании терминала записи заявитель выполняет следующие действия:

– изучает описание услуги в соответствующем разделе Портала;

– авторизуется на Портале;

– выбирает услугу «Запись для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации» и нажимает кнопку «Записаться»;

– заполняет экранную форму для анкетирования на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, риска потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (далее – анкета). Форма анкеты приведена в Приложении 4.

- осуществляет выбор доступной комплексной медицинской услуги;

- осуществляет выбор даты и времени для записи.

При получении услуги на Портале должна быть обеспечена возможность:

– получить талон в электронной форме, подтверждающий запись Порталом;

– при необходимости сохранить талон, распечатать.

Портал обеспечивает выполнение следующих функций:

– логический и синтаксический контроль вводимой информации;

– формирование и отображение заявителю талона с информацией по записи;

– передача информации о записи в МО, принимающую заявку на услугу.

Информация о записи становится доступной для ответственного лица МО, отвечающего за принятие решения о предоставлении (отказе в предоставлении) услуги (далее – уполномоченное лицо). Ответственное лицо в МО назначается в соответствии с приказом главного врача МО.

Ответственное лицо МО:

– ежедневно контролирует актуальность расписания работы врачей и кабинетов доврачебных служб на стендах и в медицинской информационной системе, своевременно и достоверно фиксирует информацию о записи на профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию, а также ее отмене, переносе;

– при необходимости уточнения данных взаимодействует с заявителем через средства связи при наличии контактных данных;

– производит действия в соответствии с Регламентом предоставления услуги, указанные в пункте 3.2 настоящего Регламента;

– уведомляет заявителя о принятии решения о предоставлении (отказе в предоставлении) услуги через средства связи (контактные данные).

2.16. Перечень нормативных правовых актов, регулирующих отношения, возникающие в связи с предоставлением государственной услуги:

- Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2009 года № 1993-р «Об утверждении сводного перечня первоочередных государственных и муниципальных услуг, предоставляемых в электронном виде».

- Распоряжение Правительства Российской Федерации от 25 апреля 2011 года № 729-р "Об утверждении перечня услуг, оказываемых государственными и муниципальными учреждениями и другими организациями, в которых размещается государственное задание (заказ) или муниципальное задание (заказ), подлежащих включению в реестры государственных или муниципальных услуг и предоставляемых в электронной форме».

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 года № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. N 406н « Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

3. Состав, последовательность и сроки выполнения процедур (действий), требования к порядку их выполнения, в том числе особенности выполнения процедур (действий) в электронной форме

3.1. Реализация процедуры определения МО для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации осуществляется в соответствии с выбором

гражданина медицинской организации для прикрепления в соответствии с законодательством Российской Федерации в части реализации прав пациентов, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования (далее – система ОМС).

Услуга оказывается в соответствии с порядком проведения профилактического осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Администрация МО определяет последовательность прохождения осмотров и исследований. В соответствии с этим производятся настройки медицинской информационной системы медицинской организации для обеспечения записи через Интернет.

При предоставлении услуги осуществляются процедуры (действия) приема и регистрации заявки на профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию:

МО;

- при обращении заявителя по телефону в регистратуру МО;

Юридическим основанием начала процедуры является обращение заявителя в места записи на профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию.

Подача заявки на профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию в электронном виде представляет собой процесс анкетирования пациента и резервирования временного промежутка в расписании рабочего времени специалиста медицинской организации.

3.2. Порядок подачи заявки на профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию.

3.2.1. Запись при обращении заявителя непосредственно в регистратуру МО (далее – регистратура).

При обращении заявителя непосредственно в регистратуру заявитель предъявляет регистратору документы согласно пункту 2.6 настоящего Регламента. Заявитель обязан предоставить оригиналы документов либо их надлежащим способом заверенные копии.

Регистратор производит запись с учетом пожеланий заявителя в соответствии с расписанием приема специалистов, выдает заявителю талон на профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию (приложение 3 к настоящему Регламенту) и бланк анкеты, соответствующий возрасту пациента (приложение 4 к настоящему Регламенту).

3.2.2. Запись при обращении заявителя в МО по телефону.

При обращении по телефону заявитель сообщает сведения в соответствии с требованиями пункта 2.6 настоящего Регламента.

На оснований сведений, полученных от заявителя, сотрудник МО производит запись на профилактический осмотр, диспансеризацию. Сотрудник МО обязан сообщить о проведении анкетирования до приема врача МО.

При предоставлении сведений, не соответствующих требованиям пункта 2.6 настоящего Регламента, запись не производится. Сотрудник рекомендует заявителю обратиться в регистратуру МО с документом, удостоверяющим личность в соответствии с действующим законодательством, и полисом ОМС пациента для уточнения данных.

3.2.3. Запись на профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию с использованием Интернета.

Заявитель осуществляет запись посредством заполнения соответствующих электронных форм на Портале Государственных услуг Российской Федерации, на региональном портале записи «Веб-регистратура.ру».

При осуществлении записи происходит информирование заявителя экранной формы портала, при наличии технической возможности – распечаткой на бумажном носителе подтверждения об осуществлении записи.

3.3. Лица, ответственные за предоставление услуги:

– при личном обращении заявителя в регистратуру – медицинский регистратор;

– при обращении заявителя по телефону для записи на профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию – медицинский регистратор, осуществляющий запись по телефону;

– при подаче заявки в электронном виде запись производится автоматически. За работоспособность сервисов медицинской МО.

3.4. Критерием принятия решения является согласие пациента осуществить запись на профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию в определенные дату и время.
3.5. Результатом процедуры является анкетирование заявителя, запись на комплексную услугу «Профилактический медицинский осмотр» или «Диспансеризация» или отказ в представлении услуги.
3.6. Фиксацией результата выполнения процедуры является выдача талона и бланка анкеты (при личном обращении), распечатка талона или смс-оповещение (при подаче заявки в электронном виде). При подаче заявки по телефону оператор сообщает заявителю информацию о записи устно и фиксирует запись в медицинской информационной системе МО.

4. Формы контроля исполнения Регламента

4.1. Текущий контроль за соблюдением последовательности действий, определенных процедурами по предоставлению услуги, осуществляется зав.поликлиникой МО:

- контроль за надлежащим исполнением настоящего Регламента сотрудниками МО;
- контроль за обеспечением сохранности принятых от пациентов заявок на получение услуги и соблюдением сотрудниками МО конфиденциальности при сборе и обработке персональных данных заявителя;
- контроль за обеспечением представления резервов записи на срок не менее 14 дней от текущей даты;
- контроль за обеспечением бесперебойного функционирования сервисов медицинской информационной системы МО. несут персональную ответственность за соблюдение сроков и порядка предоставления услуги, подготовку отказа в предоставлении услуги. Персональная ответственность специалистов МО закрепляется в должностных инструкциях в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

4.2. Ответственные лица не вправе:

- требовать у заявителей документы или плату, не предусмотренные Регламентом;
- отказать в предоставлении услуги по основаниям, не предусмотренным Регламентом;
- нарушать сроки регистрации запросов заявителя о предоставлении услуги;
- нарушать срок предоставления услуги.

4.3. В рамках внутреннего контроля качества предоставления услуги осуществляются плановые проверки полноты и качества предоставления услуги.
4.4. Граждане, их объединения и организации вправе получать информацию о порядке предоставления услуги, а также направлять замечания и предложения по улучшению качества предоставления услуги.

5. Досудебный (внесудебный) порядок обжалования действий (бездействия) и решений, принятых (осуществляемых) в ходе предоставления услуги

5.1. Заявитель имеет право на досудебное (внесудебное) обжалование действий (бездействия) ответственных лиц и их решений, принятых (осуществляемых) в ходе предоставления услуги. Досудебный (внесудебный) порядок обжалования не исключает возможность обжалования действий (бездействия) и решений, принятых (осуществляемых) в ходе предоставления услуги, в судебном порядке. Досудебный (внесудебный) порядок обжалования не является для заявителей обязательным.
5.2. Сведения о предмете досудебного (внесудебного) обжалования.
5.3. Предметом досудебного (внесудебного) обжалования являются:

- нарушение срока регистрации запроса заявителя о предоставлении услуги;
- нарушение срока предоставления услуги;
- требование у заявителя документов, не предусмотренных нормативными правовыми актами Российской Федерации и Красноярского края для предоставления услуги;
- отказ в приеме документов у заявителя, представление которых предусмотрено нормативными правовыми актами Российской Федерации и Красноярского края для предоставления услуги;

- отказ в предоставлении услуги, если основания отказа не предусмотрены федеральными законами и принятыми в соответствии с ними иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Красноярского края;

- затребование с заявителя при предоставлении услуги платы, не предусмотренной нормативными правовыми актами Российской Федерации и Красноярского края;

-отказ МО, предоставляющей услугу, ответственного лица, предоставляющего услугу, в исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления услуги документах либо нарушение установленного срока таких исправлений.

5.4. Заявитель имеет право на получение информации и документов, необходимых для обоснования и рассмотрения жалобы, если не имеется установленных федеральным законодательством ограничений на информацию, содержащуюся в этих документах, материалах.

5.5. Общие требования к порядку подачи и рассмотрения жалобы. Жалоба подается в письменной форме на бумажном носителе либо в электронной форме в адрес главного врача МО.

Жалобы на решения, принятые главным врачом МО, предоставляющего услугу, подаются в вышестоящий орган – министерство здравоохранения Красноярского края:

- по почте: 660017, Красноярск, ул. Красной Армии, дом 3;
- по телефону: (391) 211-51-51;
- на адрес электронной почты: office@kraszdrav.ru.

Жалоба должна содержать:

- наименование МО, предоставляющей услугу, специалистов МО, непосредственно предоставляющих услугу, либо специалистов МО, решения и действия (бездействие) которых обжалуются;

- наименование, сведения о месте нахождения заявителя, а также номер (номера) контактного телефона, адрес (адреса) электронной почты (при наличии) и почтовый адрес, по которым должен быть направлен ответ заявителю;

- сведения об обжалуемых решениях и действиях (бездействии) специалистов МО, предоставляющей услугу;

- доводы, на основании которых заявитель не согласен с решением и действием (бездействием) специалистов МО, предоставляющей услугу. Заявителем могут быть представлены документы (при наличии), подтверждающие доводы заявителя, либо их копии.

5.6. Информация о сроках рассмотрения жалобы.

Жалоба, поступившая в МО, предоставляющую услугу, подлежит рассмотрению в соответствии с действующим законодательством должностным лицом, наделенным полномочиями по рассмотрению жалоб, в течение 30 дней со дня ее регистрации.

5.7. Сведения о решении, принятом по результатам рассмотрения жалобы.

По результатам рассмотрения жалобы медицинская организация, предоставляющая услугу, принимает одно из следующих решений:

- Удовлетворяет жалобу, в том числе в форме отмены принятого решения, исправления допущенных медицинской организацией, предоставляющей услугу, опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления услуги документах, возврата заявителю денежных средств, взимание которых не предусмотрено нормативными правовыми актами Российской Федерации и Красноярского края, а также в иных формах.

- Отказывает в удовлетворении жалобы.

- Не позднее дня, следующего за днем принятия решения, заявителю в письменной форме или по желанию заявителя в электронной форме направляется мотивированный ответ о результатах рассмотрения жалобы.

5.8. В случае установления в ходе или по результатам рассмотрения жалобы признаков состава административного правонарушения или преступления должностное лицо, наделенное полномочиями по рассмотрению жалоб, незамедлительно направляет имеющиеся материалы в органы прокуратуры.

5.9. Основанием отказа в удовлетворении жалобы является неподтверждение доводов, изложенных в жалобе.

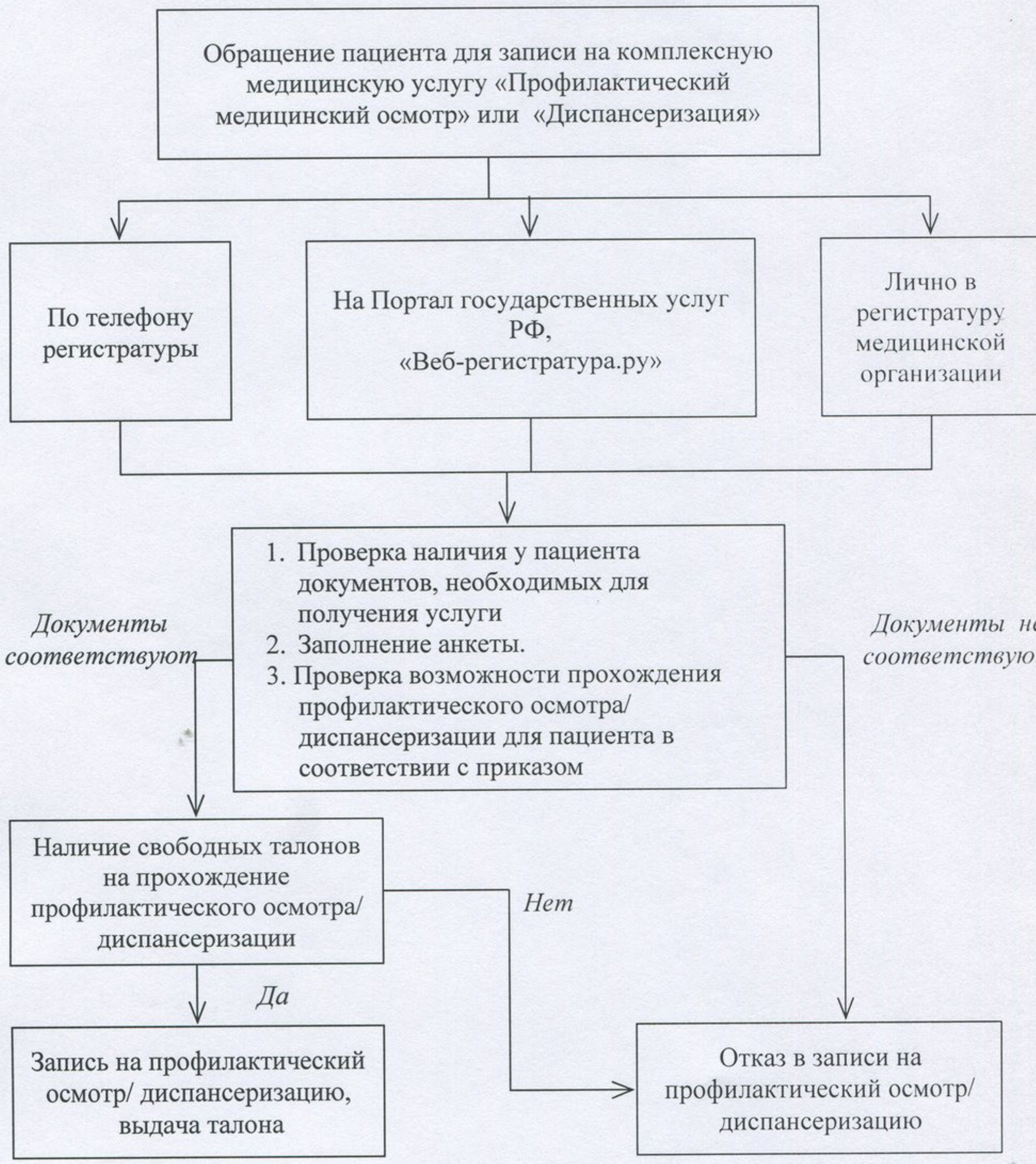
Приложение № 1
к Регламенту предоставления услуги «Запись
для прохождения профилактического
медицинского осмотра, диспансеризации»

ПЕРЕЧЕНЬ
медицинской организации, предоставляющих государственную услугу
«Запись для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации»

№ п/п	Медицинская организация	Структурное подразделение	Адрес регистратуры	Телефон регистратуры
14	КГБУЗ "Городская больница ЗАТО Солнечный Красноярского края"	Поликлиника	п.Солнечный, ул.Гвардейская 24а	(39156) 27-3-86

Приложение № 2
к Регламенту предоставления услуги «Запись для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации»

БЛОК-СХЕМА
предоставления услуги «Запись для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации»



Приложение № 3
к Регламенту предоставления услуги «Запись для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации»

Талон записи на профилактический осмотр/ диспансеризацию

(запись в кабинет доврачебной службы: доврачебный, смотровой, профилактики, диспансеризации)

Дата: *Документы соответствуют*

Время: _____

Медицинская организация: _____

Врач: _____

Кабинет _____

Талон записи на профилактический осмотр/ диспансеризацию

(запись к врачам-специалистам)

Дата: _____

Время: _____

Медицинская организация: _____

Врач: _____

Кабинет _____

Талон записи на профилактический осмотр/ диспансеризацию

(запись на исследования)

Дата: _____

Время: _____

Медицинская организация: _____

Врач: _____

Кабинет _____

Талон записи на профилактический осмотр/ диспансеризацию

(запись на профилактическое мероприятие)

Дата: _____

Время: _____

Медицинская организация: _____

Врач: _____

Кабинет _____

Приложение 4

Анкета для граждан <u>в возрасте до 75 лет</u> на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществе без назначения врача			
Дата обследования (день, месяц, год):			
Ф.И.О.:		Пол:	
Дата рождения (день, месяц, год):		Полных лет:	
Поликлиника №		Врач/фельдшер:	
1	**Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется**		
	1.1.гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	Нет
	1.2.ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да	Нет
	1.3.цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?	Да	Нет
	1.4.хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?	Да	Нет
	1.5. туберкулез (легких или иных локализаций)?	Да	Нет
	1.6.сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	Нет
	1.7.заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?	Да	Нет
	1.8. хроническое заболевание почек?	Да	Нет
	1.9. злокачественное новообразование?	Да	Нет
	Если «Да», то какое?_____		
	1.10. повышенный уровень холестерина?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	Нет
2	**Был ли у Вас инфаркт миокарда?**	Да	Нет
3	**Был ли у Вас инсульт?**	Да	Нет
4	**Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников** в **молодом или среднем возрасте** (**до 65 лет** у матери или родных сестер или **до 55 лет** у отца или родных братьев)?	Да	Нет
5	**Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования** (желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, полипоз желудка, кишечника, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или семейный аденоматоз диффузный полипоз) толстой кишки? (нужное подчеркнуть)	Да	Нет
6	**Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку?**	Да	Нет
7	**Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущения) в течение 10 минут?** (нужное подчеркнуть)		
	Да, исчезает самостоятельно	Да, исчезает после приема нитроглицерина	Нет
8	**Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или**	Да	Нет

	удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?		
9	**Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?**	Да	Нет
10	**Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?**	Да	Нет
11	**Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?**	Да	Нет
12	**Бывают ли у Вас свистящие «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без?**	Да	Нет
13	**Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?**	Да	Нет
14	**Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?	Да	Нет
15	**Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?**	Да	Нет
16	**Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин** (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?	Да	Нет
17	**Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?**	Да	Нет
18	**Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?**	Да	Нет
19	**Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день)	Да	Нет
20	**Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?** _____ сиг/день		
21	**Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?**	До 30 минут	30 минут и более
22	**Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей** (не считая картофеля)?	Да	Нет
23	**Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?**	Да	Нет
24	**Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?**	Да	Нет

25	**Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?**				
	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	≥ 4 раз в неделю (4 балла)
26	**Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз?** 1 порция равна ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл пива				
	1-2 порции (0 баллов)	3-4 порции (1 балл)	5-6 порций (2 балла)	7-9 порций (3 балла)	≥ 10 порций (4 балла)
27	**Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций?** 6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 л пива				
	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	≥ 4 раз в неделю (4 балла)
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна _____ баллов					

1. Анкета для граждан в возрасте 75 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении

Дата обследования (день, месяц, год)			
Ф.И.О.:		Пол	
Дата рождения (день, месяц, год):		Полных лет	
Поликлиника №		Врач/фельдшер	
1	**Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):**		
	1.1. гипертоническая болезнь, повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	Нет
	1.2.сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	Нет
	1.3. злокачественное новообразование?	Да	Нет
	Если «Да», то какое_____		
	1.4. повышенный уровень холестерина?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	Нет
	1.5. перенесенный инфаркт миокарда?	Да	Нет
	1.6. перенесенный инсульт?	Да	Нет
	1.7. хронический бронхит или бронхиальная астма?	Да	Нет
2	**Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку?**	Да	Нет
3	**Если «Да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или через 2-5 мин после приема нитроглицерина?**	Да	Нет
4	**Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?**	Да	Нет
5	**Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?**	Да	Нет
6	**Возникала у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?**	Да	Нет
7	**Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?**	Да	Нет
8	**Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день)	Да	Нет
9	**Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста, при ходьбе по ровной поверхности или перелом без видимой причины, в т.ч. перелом позвонка?**	Да	Нет
10	**Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?**	Да	Нет
11	**Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей?** (1 порция =200 гр. овощей или = 1 фрукт среднего размера)	Да	Нет
12	**Употребляете ли Вы белковую пищу** (мясо, рыбу, бобовые,	Да	Нет

	молочные продукты) 3 раза или более в неделю?		
13	Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?	Да	Нет
14	Были ли у Вас случаи падений за последний год?	Да	Нет
15	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?	Да	Нет
16	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?	Да	Нет
17	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?	Да	Нет
18	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	Да	Нет
19	Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?	Да	Нет
20	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Да	Нет
21	Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?	Да	Нет
22	Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?	Да	Нет
23	Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?	Да	Нет
24	Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?	До 5	5 и более