Анкетный скрининг

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата обследования (день, месяц, год)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Полных лет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Поликлиника №\_\_\_\_\_\_\_\_Врач-терапевт участковый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 1. | Были ли у Ваших близких родственников злокачественные новообразования? | | | |
|  | (какое заболевание?) | | Нет | Да |
| 2. | Если у Вас образование на коже, склонные к увеличению и кровоточивости? | | | |
|  |  | | Нет | Да |
| 3. | Имеются ли у Вас кровоточивость слизистой оболочки полости рта, языка, губ? | | | |
|  |  | | Нет | Да |
| 4. | Испытываете ли Вы затруднения при глотании? | | | |
|  |  | | Нет | Да |
| 5. | Нарушение (изменение, осиплость) голоса? | |  |  |
|  |  | | Нет | Да |
| 6. | Находите у себя уплотнения в молочных железах? | | | |
|  |  | | Нет | Да |
| 7. | Есть ли у Вас нарушения менструального цикла? | | | |
|  |  | | Нет | Да |
| 8. | Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье? | | | |
|  |  | | Нет | Да |
| 9. | Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)? | | | |
|  |  | | Нет | Да |
| 10. | Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом? | | | |
|  |  | | Нет | Да |
| 12. | Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день) | | | |
|  |  | Нет, никогда не курил | Да, курю | Курил в прошлом |