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 |