

АНКЕТА
профилактического обследования для раннего выявления возможных онкологических заболеваний у взрослого населения

(заполняется добровольно)

Прочитайте внимательно вопросы. Необходимо указать те отклонения от обычного состояния Вашего здоровья, которые не связаны с обострением имеющихся у Вас хронических заболеваний. Пожалуйста, укажите только те изменения в Вашем самочувствии, которые появились в ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА. От точности ответов зависит своевременное выявление маю беспокоящих Вас или скрыто протекающих заболеваний.

По все организационным вопросам и замечаниям по проведению анкетирования прошу обращаться по тел.: «Горячей линии» поликлиники 8-981-877-29-41 в рабочие дни недели с 8-00 до 20-00.

ФИО _____ Число, месяц, год рождения _____

Место обучения/работы _____

Тел.: _____

Болезни пищевода, желудка	
1	Была ли у Вас выявлена анемия (малокровие) в последние 3 месяца? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
2	Отмечаете ли Вы необъяснимую потерю веса в последние 3 месяца? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
3	Отмечаете ли Вы потерю аппетита, отвращение к пище в последние 3 месяца? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
4	Была ли у Вас рвота кровью, «кофейной гущей» или черный стул? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
5	Отмечаете ли Вы нарушение глотания? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
«Нет» - 0 баллов; Да» -1 балл	
Сумма баллов	
Болезни толстого кишечника	
6	Бывает ли у Вас кровотечение из заднего прохода или кровь в стуле? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
7	Отмечаете ли Вы изменение нормальной работы кишечника: (понос или запор), продолжающееся от 4 до 6 недель? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
8	Находил ли у Вас врач узел (объемное образование) при пальпации живота (чаще справа) или пальцевом исследовании прямой кишки? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
9	Есть ли у Вас ложные позывы к опорожнению кишечника? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
10	Отмечаете ли Вы необъяснимую потерю веса в последние 3 месяца? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
11	Беспокоят ли Вас боли в животе или заднем проходе в последние 3 месяца? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
12	Была ли у Вас выявлена анемия (малокровие) в последние 3 месяца? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
«Нет» - 0 баллов; Да» -1 балл	
Сумма баллов	
Болезни легких	
13	Беспокоит ли Вас постоянный кашель в течение последних 3-х месяцев? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
14	Изменился ли характер Вашего кашля в последние 3 месяца? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
15	Появилась ли у Вас одышка в последние 3 месяца? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
16	Бывает ли у Вас мокрота с прожилками крови? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
17	Есть ли у Вас боли в грудной клетке, связанные с дыханием или кашлем? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
18	Отмечаете ли Вы потерю аппетита? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
19	Беспокоит ли Вас необъяснимая слабость, усталость? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
20	Отмечаете ли Вы необъяснимую потерю веса? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
«Нет» - 0 баллов; Да» -1 балл	
Сумма баллов	
Болезни щитовидной железы	
21	Есть ли у Вас припухлость в основании шеи? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
22	Отмечаете ли Вы охриплость голоса, которая сохраняется дольше, чем несколько недель? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
23	Есть ли у Вас боли в горле или затруднение при глотании, не связанные с простудой? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
24	Отмечаете ли Вы припухлость в другом месте вашей шеи (увеличение лимфатических узлов шеи)? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
«Нет» - 0 баллов; Да» -1 балл	
Сумма баллов	
Болезни кожи	
25	Есть ли у Вас пятно или ранка на коже, не заживающие в течение 4-х недель? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
26	Есть ли у Вас пятно или ранка на коже, которые сопровождаются болью/зудом, Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

	кровоточивостью, шелушением более 4-х недель?	
27	Есть ли у Вас поврежденные участки кожи или изъязвления, не поддающиеся лечению в течение 4-х недель, причину которых Вы не можете объяснить"	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
«Нет» - 0 баллов;		«Да» -1 балл
Патология молочной железы (для женщин)		
28	Есть ли у Вас узел или уплотнение в области грудной железы?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
29	Изменились ли размер или форма грудной железы?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
30	Заметили ли Вы втягивание кожи на грудной железе?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
31	Отмечаете ли Вы втягивание соска или неправильную его форму?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
32	Есть ли у Вас кровянистые выделения из соска?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
33	Есть ли у Вас покраснение соска или области вокруг него?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
34	Есть ли у Вас отек или образование, уплотнение в подмышке?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
«Нет» - 0 баллов;		«Да» -1 балл
Гинекологические заболевания (для женщин)		
35	Есть ли у Вас вагинальные кровотечения после менопаузы?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
36	Появились ли у Вас (в последние 3 месяца) необычно обильные месячные или кровотечения между месячными?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
37	Появились ли у Вас (в последние 3 месяца) водянистые, от розового до темного цвета, неприятно пахнущие выделения из влагалища?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
«Нет» - 0 баллов;		«Да» -1 балл
Болезни простаты (для мужчин)		
38	Возникают ли у Вас неотложные позывы к мочеиспусканию?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
39	Есть ли у Вас затрудненное мочеиспускание?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
40	Отмечаете ли Вы учащенное мочеиспускание, особенно в ночное время?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
41	Беспокоит ли Вас боль при мочеиспускании?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
42	Есть ли у Вас кровь в моче или сперме?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
«Нет» - 0 баллов;		«Да» -1 балл
Симптомы меланомы		
43	Отмечаете ли Вы изменение цвета любой родинки?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
44	Отмечаете ли Вы изменение размера любой родинки?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
45	Отмечаете ли Вы изменение формы любой родинки?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
46	Диаметр любой Вашей родинки более 7 мм?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
47	Появились ли у Вас признаки воспаления какой-либо родинки?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
48	Появились ли у Вас выделения из какой-либо родинки?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
49	Изменилась ли чувствительность какой-либо родинки?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
50	Появились ли у Вас любые изменения в родинке, вызывающие у Вас беспокойство?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
«Нет» - 0 баллов;		«Да» на вопр. 43, 44, 45 – по 2 балла «Да» на вопр. 46-50 – 1 балл
		49. Изменилась ли чувствительность какой-либо родинки?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: – заполняет медицинский работник

А - 0 баллов - нет симптомов онкозаболевания;

В-1 балл и более (кроме меланомы) - имеются симптомы возможного онкозаболевания.

Направлена на дообследование _____ (указать какое),
к специалисту _____ (указать к какому);

С - для меланомы: 2 балла и более - имеются симптомы онкозаболевания.

Направлена на дообследование к дерматологу.

Дата заполнения анкеты: _____

ФИО врача _____ подпись _____

СПБ ГБУЗ «Городская поликлиника № 76»

Примечание: Отсутствие вышеперечисленных симптомов не исключает наличие онкозаболевания.