**Диспансеризация населения**

В целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смертности населения, проводятся профилактические мероприятия и диспансеризация. Выявление указанных рисков помогает эффективнее лечить и добиваться полного выздоровления человека.

Диспансеризация взрослого населения проводится **1 раз в 3 года** в возрасте с 18 до 39 лет, а в возрасте 40 лет и старше – **ЕЖЕГОДНО**!

Диспансеризация проводится в два этапа.

**Первый этап включает:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исследования для мужчин****Анкетирование** (опрос)**Антропометрия** (рост, вес, окружность талии, индекс массы тела)**Артериальное давление****Уровень общего холестерина****Уровень глюкозы в крови натощак****Общий анализ крови** (ежегодно с 40 лет)**Флюорография** (1 раз в 2 года)**Онкоскрининг****Кал на скрытую кровь**(каждые 2 года с 40 лет, ежегодно с 65 до 75 лет)**Определение простат-специфического антигена в крови (ПСА)** (45 лет, 50 лет, 55 лет, 60 лет, 64 года)**Эзофагогастродуоденоскопия (ФГДС)** (в 45 лет)**ЭКГ в покое** (при первом прохождении, далее 1 раз в год с 35 лет)**Внутриглазное давление** (при первом прохождении, далее 1 раз в год с 40 лет)**Определение относительного сердечно-сосудистого риска** (с 18 до 39 лет)**Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска** (с 40 до 64 лет) | **Исследования для женщин****Анкетирование** (опрос)**Антропометрия** (рост, вес, окружность талии, индекс массы тела)**Артериальное давление****Уровень общего холестерина****Уровень глюкозы в крови натощак****Общий анализ крови** (ежегодно с 40 лет)**Флюорография** (1 раз в 2 года)**Онкоскрининг****Кал на скрытую кровь** (каждые 2 года с 40 лет, ежегодно с 65 до 75 лет)**Маммография** (1 раз в 2 года с 40 до 74 лет)**Гинекологический осмотр** (ежегодно с 18 лет)**Цитология мазка с шейки матки** (каждые 3 года с 18 лет до 64 лет)**Эзофагогастродуоденоскопия (ФГДС)** (в 45 лет)**ЭКГ в покое** (при первом прохождении, далее 1 раз в год с 35 лет)**Внутриглазное давление** (при первом прохождении, далее 1 раз в год с 40 лет)**Определение относительного сердечно-сосудистого риска** (с 18 до 39 лет)**Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска** (с 40 до 64 лет) |

Прием врача терапевта по завершению исследований.

По результатам исследований врачи определяют риски и признаки развития хронических заболеваний и при необходимости, для уточнения диагноза, направляют на второй этап.

Второй этап диспансеризации включает: осмотр врачей-специалистов (невролога, окулиста, оториноларинголога, хирурга, уролога и др.), дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, колоноскопию, эзофагогастродуоденоскопию, рентгенографию легких, спирометрию, компьютерную томографию легких.

С 01 июля 2021 года проводятся углубленные профилактические осмотры и диспансеризация граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19.

Диспансеризация проводится в два этапа. Для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), в дополнение к утвержденному перечню исследований и консультаций специалистов в рамках Первого этапа диспансеризации проводится:

* измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое;
* тест с 6-минутной ходьбой;
* спирометрия или спирография;
* общий (клинический) анализ крови развернутый;
* биохимический анализ крови для граждан, включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, активности АЛТ и АСТ, лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови;
* определение концентрации Д-димера в крови;
* рентгенография органов грудной клетки для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) (если не выполнялась ранее в течение года).

По результатам исследований врачи определят риски и признаки развития хронических заболеваний и при необходимости, для уточнения диагноза, направят пациента на второй этап.

**Второй этап** диспансеризации проводится в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя:

* эхокардиографию для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) (в случае показателя сатурации в покое 94% и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);
* компьютерную томографию для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) (в случае показателя сатурации в покое 94% и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);
* дуплексное сканирование вен нижних конечностей для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови).

Если по результатам диспансеризации у пациента выявят хронические заболевания или риски их возникновения, то ему будет оказано необходимое лечение и назначена медицинская реабилитация.

Углубленную диспансеризацию граждане проходят после основной диспансеризации. По заявлению гражданина углубленную диспансеризацию могут пройти лица, не болевшие коронавирусной инфекцией.

Профилактический медицинский осмотр может проводится в качестве самостоятельного мероприятия, а также в рамках диспансеризации.

Профилактическому медицинскому осмотру и диспансеризации подлежат работающие, неработающие, обучающиеся в образовательных учреждениях по очной форме граждане в возрасте от 18 лет и старше.

Профилактический медицинский осмотр проводится для своевременного выявления состояний, заболеваний, факторов риска их развития и выработки рекомендаций для пациентов. Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий профилактический медицинский смотр, а также дополнительные методы обследования.

Для бесплатного проведения профилактических мероприятий необходимо обратиться в поликлинику, к которой Вы прикреплены: в регистратуру, к участковому врачу, участковой медицинской сестре или в отделение медицинской профилактики, а также в доврачебный кабинет.

Для удобства населения в поликлинике возможна дистанционная запись:

* портал «Госуслуги»;
* сайт регистратура44.рф;
* телефон регистратуры 31-41-67.

Без записи можно обращаться в отделение медицинской профилактики (каб. 223) с 8:00-18:00 час., доврачебный кабинет (каб. 103) с 8:00-13:00 час.

При прохождении диспансеризации при себе нужно иметь паспорт, СНИЛС, полис ОМС.

Каждому гражданину, прошедшему диспансеризацию, выдается Паспорт здоровья, в который вносятся основные выводы (заключения, рекомендации) по результатам проведенного обследования.

Регулярное прохождение диспансеризации позволит в значительной степени уменьшить вероятность развития наиболее опасных заболеваний и выявить их на ранней стадии развития, когда их лечение наиболее эффективно.

**Диспансеризацию можно пройти в поликлинике взрослых № 3**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование поликлиники** | **Адрес** | **Телефон регистратуры** | **Режим работы в будни** | **Режим работы в субботу** |
| Поликлиника взрослых № 3 | г. Кострома, ул. Коммунаров, д. 4 | 8 (4942) 31-41-67 | 8-19 | 8-18 |
| Отделение поликлиники взрослых № 3 | г. Кострома, ул. Запрудня, д. 15 | 8 (4942) 51-50-66 | 8-19 | 8-18 |

Приложение № 9

Информированное добровольное согласие

на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, либо законного представителя)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина или законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. осмотр, в том числе пальпация. перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, антропометрические исследования, термометрия. тонометрия, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические: вирусологические, иммунологические, функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования).

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия. имя. отчество (при наличии) гражданина. контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

|  |
| --- |
| **Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении** |
| Дата анкетирования (день, месяц, год) |
| Ф.И.О. пациента | Пол |
| Дата рождения (день, месяц, год) | Полных лет |
| Медицинская организация |
| Должность и Ф.И.О. медицинского работника, проводившего анкетирование и подготовку заключения по его результатам: |
| 1 | **Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется** |
| 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 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 выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения, тяжести пли явного дискомфорта за грудиной (или) в левой половине грудной клетки, (или) в левом плече, и (или) в левой руке?** | Да | Нет |
| З. |  **Если на вопрос 2 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу пли в течение не более 20 минут после прекращения ходьбы/адаптации к холоду/в тепле/в покое и (или) они исчезают через 1-5 минут 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 когда-либо внезапное без понятных причин****кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы, языка?** | Да | Нет |
| 6. | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная потеря зрения на один глаз?** | Да | Нет |
| 7. | **Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?** | Да | Нет |
| 8. | **Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?** | Да | Нет |
| 9. | **Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?** | Да | Нет |
| 10. | **Бывало ли Вас когда-либо кровохарканье?** | Да | Нет |
| 11. | **Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита? | Да | Нет |
| 12. | **Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?** | Да | Нет |
| 13. | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | Да | Нет |
| 14. | **Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста, при ходьбе па ровной поверхности или перелом без видимой причины, в т.ч. перелом позвонка?** | Да | Нет |
| 15. | **Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?** | Да | Нет |
| 16. | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г СЫРЫХ овощей и фруктов?** | Да | Нет |
| 17. | **Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?** | Да | Нет |
| 18. | **Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?** | Да | Нет |
| 19. | **Были ли Вас случай падений за последний год?** | Да | Нет |
| 20. | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?** | Да | Нет |
| 21. | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?** | Да | Нет |
| 22. | **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?** | Да | Нет |
| 23. | **Страдаете ли Вы недержанием мочи?** | Да | Нет |
| 24. | **Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице ходьба на 100 м , подъем на 1 лестничный пролет?** | Да | Нет |
| 25. | **Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?** | Да | Нет |
| 26. | **Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода ?** | Да | Нет |
| 27. | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?** | Да | Нет |
| 28, | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?** | Да | Нет |
| 29, | **Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?** | до 5 | 5 и более |
| 30. | **Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)** | Да | Нет |

|  |
| --- |
| Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний. Факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача |
| Дата анкетирования (день, месяц, год): |
| Ф.И.О. пациента: | Пол: |
| Дата рождения (день, месяц, год): | Полных лет: |
| Медицинская организация: |
| Должность и Ф.И.О. медицинского работника, проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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 |
|  | цереброваскулярное заболевание(заболевание сосудов головного мозга)? | Да | Нет |
|  | 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 |
|  | заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)? | Да | Нет |
| 1.8. | хроническое заболевание почек? | Да |  |
| 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 Вас инфаркт миокарда?** | Да | Нет |
| З. | **Был ли 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 |  |
| 5. | **Были ли у Ваших близких родственников в молодом ИЛИ среднем возрасте злокачественные новообразования** (легкого, желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или полипоз желудка, семейный атероматоз/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, тяжести или явного дискомфорта за грудиной и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке?** | Да | Нет |
| 7. | **Если на вопрос 6 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или в течение не более чем 20 мин после прекращения ходьбы/адаптации к холоду/ в тепле/в покое и (или) они исчезают через 1-5 мин после приема нитроглицерина** | Да | 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 удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?** | Да | Нет |
| 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 или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?** | 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 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. | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?** | Да | Нет |
| 23. | **Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пишу, 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 (З балла) | >= 4 раз в неделю(4 балла) |
| 26. | **Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз?**I порция равна 12 мл чистого этанола ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухоговина 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 1,8л пива |
| Никогда(0 баллов) | Раз в месяц и реже (1 балл) | 2-4 раза в месяц(2 балла) | 2-3 раза в неделю (З балла) | >=4 раз в неделю(4 балла) |
|  **ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№25-27 равна\_\_\_\_\_\_\_баллов** |
| 28. | Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру) | Да | Нет |

**ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТА**

***Подготовка к сдаче анализа крови на ПСА***

Для исследования берут кровь из вены натощак (голод не менее 4 часов), в любое время суток.

Чтобы правильно сдать кровь на ПСА простаты необходимо придерживаться следующих правил:

* за сутки не употреблять жирную, соленую, острую пищу;
* за 3 суток не принимать алкоголь, энергетики;
* по возможности исключить стресс за сутки до сдачи;
* исключить половой акт за 3 суток до анализа;
* не заниматься физической нагрузкой за 2 суток до процедуры;
* в день процедуры не курить.

До сдачи анализа запрещено принимать какие-либо лекарственные препараты, если на время анализа их отменить нельзя, нужно предупредить врача, так как некоторые препараты могут влиять на результаты анализа. На уровень маркера влияют процедуры, раздражающие ткани предстательной железы. Поэтому анализ на ПСА сдают через 8 дней после:

* массажа простаты;
* ректального обследования;
* установки катетера в мочевой пузырь;
* трансректального УЗИ;
* истоскопии.

После биопсии тканей простаты, сдавать кровь на ПСА можно не раньше, чем через 6 недель.

**Указанные правила сдачи анализов обязательны к выполнению, иначе можно получить ложный результат!!!**

Памятка для пациента

Подготовка к сдаче анализа кала на скрытую кровь иммунохимическим методом

Рекомендации для сбора и сдачи анализа:

Кал собирается после самопроизвольной дефекации (до сбора кала предварительно необходимо помочиться в унитаз и смыть). Пробу отбирают в универсальный контейнер с завинчивающееся крышкой, в объеме, равном 1/2 чайной ложки или ложки-шпателя, в крышке контейнера из 5 (пяти) различных мест разовой порции, общим объемом не более, чем 1/3 объема контейнера.

Подготовка пациента:

Проба для исследования собирается в условиях обычного питьевого режима и характера питания. За 3-4 дня до исследования необходимо отменить прием медикаментов, влияющих на секреторные процессы и перистальтику (слабительные, ферменты, симпатомиметики, препараты висмута и железа), а также мешающих проведению исследования (ректальные свечи).

Сдача анализа недопустима во время либо в течение трех дней после менструального периода или если пациент страдает от видимого геморроидального кровотечения, а также при наличии крови в моче пациента.

Алкоголь и нестероидные противовоспалительные препараты (аспирин, диклофенак, найз и др.), принятые в избытке, могут стать причиной раздражения и изъязвления слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, что приведет к возникновению скрытого кровотечения. Необходимо прервать прием этих веществ, по крайней мере, за 48 часов до сбора кала на анализ.

Обратить внимание пациента при сборе кала в контейнер, избегать примеси мочи и выделений из половых органов. Недопустимо доставлять кал на исследование в спичечных, картонных коробках, приспособленной посуде.

Противопоказания к сбору и сдачи анализа:

Для получения достоверных результатов исследование не проводится у пациентов с кровотечениями (геморрой, длительные запоры, заболевания десен с признаками кровоточивости, менструации), после рентгенологического исследования желудка и кишечника (проведение анализа кала допустимо не ранее, чем через двое суток). Нельзя проводить исследование после клизмы!

 Памятка пациентке по подготовке к взятию мазков для цитологического исследования.

Внимание! Перед взятием мазков необходимо:

• За 1-2 суток перед визитом к врачу для сдачи мазков воздержаться от половых контактов.

• Не принимать ванну накануне взятия биоматериала.

• В течение 24 часов запрещены спринцевания, влагалищные души, тампоны, свечи, лубриканты и другие местные препараты (в том числе контрацептивы).

Допускается только наружный туалет половых органов.

• Взятие биоматериала производится после менструации. Не ранее, чем на 4-5 день цикла (желательно на 15-18 день цикла), если другие сроки не назначены врачом.

• Исключить проведение накануне УЗИ, кольпоскопии.

• По согласованию с лечащим врачом за 10-14 дней до взятия биоматериала необходимо прекратить прием антибиотиков, иммуномодуляторов, антисептических препаратов и лечебные процедуры.