

АНКЕТА ОНКОСКРИНИНГА ДЛЯ МУЖЧИН

Примечания: - нужное вписать или подчеркнуть

- паспортная часть заполняется печатными буквами

1. Ф.И.О. (полностью) _____

2. Место жительства в настоящее время _____

3. Проживание на загрязнённой радионуклидами территории:

_____ с _____ по _____
(название населённого пункта)

4. Место работы и должность _____

5. Дата анкетирования _____ 6. Дата рождения _____

№	Вопрос	Варианты ответа
7.	Профессиональная вредность на работе	Да
		Нет
		Была в прошлом
8.	Характер профвредности	Гербициды, пестициды и т.д.
		Нефтепродукты (этилированный бензин и т.д.)
		Асбест
		Ионизирующее и другие виды облучения
		Другие (какие именно)
9.	Есть ли в роду больные злокачественными опухолями	Да
		Нет
		Не знаю
10.	Вы состоите на диспансерном учёте у онколога	Нет
		Да (с какого года)
		С каким заболеванием
11.	Вы состоите на диспансерном учёте у др. специалистов	Нет
		Да (у каких именно)
		С каким заболеванием
12.	У Вас находили полипы в желудке	Нет
		Да
		Не знаю
13.	У Вас находили язвенную болезнь: 1 - желудка, 2 – 12-перстной кишки	Нет
		Да
		Не знаю
14.	Вы лечились от хронического гастрита	Нет
		Да
		Не знаю
15.	У вас находили сахарный диабет	Нет
		Да

		Не знаю
16.	У вас находили хроническое заболевание лёгких: 1 - хронический бронхит 2 – «хроническую» пневмонию 3 - туберкулёз лёгких 4 – другие (какие именно)	Нет
		Да
		Не знаю
17.	У вас находили заболевание толстого кишечника	Нет
		Полипы толстой кишки
		Геморрой
		Трещину заднего прохода
18.	У вас находили хроническое заболевание мочеполовых органов	Нет
		Хронический цистит
		Увеличение яичка или его кисту
19.		Отсутствие одного яичка
20.	У вас находили повышение кровяного (артериального) давления более 140/90 мм рт. ст.	Нет
		Да
		Не знаю
21.	Вас беспокоит быстро наступающая слабость, утомляемость	Нет
		Больше месяца
		Больше 6 месяцев
22.	Вас беспокоит повышенная температура тела	Нет
		Иногда
		Постоянно в течении последнего месяца (или больше)
23.	Вас беспокоят повышенная потливость	Нет
		При физической нагрузке
		Появилась в последние 6 месяцев по вечерам или в ночное время
24.	Вас беспокоит беспричинный кожный зуд:	Нет
		В течение последнего месяца (иди больше)
		Больше 6 месяцев
25.	Вы отмечаете у себя бледность кожных покровов:	Нет
		Да
26.	Вас беспокоят: 1 – кровотечения (из носа, прямой кишки) 2 – синяки (подкожные кровоизлияния)	Нет
		В течении последнего месяца (или больше)
		Больше 6 месяцев
27.	Вас беспокоят боли в костях: 1 – конечностей 2 – в ребрах 3 – в груди 4 – позвоночнике	нет
		При перемене погоды или физической нагрузке
		Часто, независимо от погоды или физической нагрузки
28.	Вы похудели в последнее время:	Нет
		Да более чем на 3-4 кг
		Да, но не было стремления похудеть
		Не знаю
29.	Вы отмечаете появление (увеличение) узлов в	Нет

	последнее время: 1 – на шее 2 – в подмышечной области 3 – в паху 4 – в других местах	Да
30.	У вас есть на коже длительно существующие: 1 – язвы или язвочки 2 – трещины 3 – изменения в виде узлов	Нет
		Да
31.	Вы отмечаете у себя в последнее время: 1 – увеличение в размерах родимых пятен 2 – появление кровоточивости из «родинок» 3 – кожного зуда 4 – изменение окраски родимого пятна	Нет
		Да
32.	Вы курите (или курили, но бросили): 1 – нет, никогда не курил 2 – курю меньше 10 лет 3 – курю больше 10 лет	Нет, никогда не курил
		Курю меньше 10 лет
		Курю больше 10 лет
33.	Столько сигарет (папирос) в день Вы выкуриваете:	Меньше пачки
		Одну пачку и больше
34.	Вас беспокоит кашель больше месяца:	Нет
		Сухой
		С обильной мокротой
		Бывает примесь или прожилки крови
35.	Вас беспокоит осиплость голоса:	Нет
		Периодически
		В течение последнего месяца постоянно
36.	Вас беспокоят ощущение инородного тела в горле или пищеводе, боли или затруднения при глотании пищи:	Нет
		В течении последнего месяца (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
37.	Вас беспокоят боли в эпигастрии (под ложечкой):	Нет
		Последний месяц
		Больше 6 месяцев
		Каждую весну и осень
38.	Вас беспокоят: 1 – тяжесть в области желудка 2 – тошнота 3 – рвота после еды	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
39.	Вас беспокоит беспричинное отсутствие аппетита или отвращение к еде вообще:	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
40.	Вы отмечаете у себя появление желтушности кожи или глаз:	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
41.	Вы отмечаете неприятные ощущения или боли при опорожнении кишечника в области	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)

	заднего прохода, крестца, копчика, половых органов или прямой кишки:	Больше 6 месяцев
42.	У вас независимо от приёма пищи: 1 – склонность к запорам 2 – склонность к поносам 3 – наличие зловонного стула серого или глинистого цвета	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
43.	У вас бывает: 1 - в кале примесь слизи 2 – в кале примесь крови 3 – чёрный кал 4 – свежая кровь на туалетной бумаге	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
44.	Вас беспокоят ложные позывы на стул	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
45.	Вас беспокоит: 1 – учащение мочеиспускания 2 – затруднение мочеиспускания 3 – боли при мочеиспускании	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
46.	Вы замечали в моче примесь: 1 – слизи 2 – крови 3 – «песка» 4 – хлопьев	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
47.	Вас беспокоят бородавчатые разрастания, язвы или мокнутие полового члена:	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
48.	Вы испытываете необходимость мочиться каждую ночь:	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
49.	Когда вы последний раз проходили медосмотр в мужском смотровом кабинете:	Никогда не проходил
		Проходил в течение последнего года
		Проходил более года назад
50.	Когда вы в последний раз проходили флюорографию (или рентгеноскопию, рентгенографию грудной клетки):	Никогда не проходил
		Проходил в течение последнего года
		Проходил более года назад
51.	Вас беспокоит одышка:	нет
		При незначительной физической нагрузке или подъёме по лестнице на один этаж
		Только при большой физической нагрузке или подъёме по лестнице на третий этаж

Дополнительные жалобы на момент заполнения анкеты (собираются медработником):

Анкету заполнил _____
(Ф.И.О., подпись медработника)

Рекомендации участкового врача или врача общей практики по дополнительному обследованию и консультациям узких специалистов:

(Ф.И.О., подпись участкового врача или врача общей практики)

АНКЕТА ОНКОСКРИНИНГА ДЛЯ ЖЕНЩИН

Примечания: - нужное вписать или подчеркнуть
 - паспортная часть заполняется печатными буквами

1. Ф.И.О. (полностью) _____

2. Место жительства в настоящее время _____

3. Проживание на загрязнённой радионуклидами территории:
 _____ с _____ по _____
 (название населённого пункта)

4. Место работы и должность _____

5. Дата анкетирования _____ 6. Дата рождения _____

№	Вопрос	Варианты ответа
7.	Профессиональная вредность в работе	Да
		Нет
		Была в прошлом
8.	Характер профвредности	Гербициды, пестициды, химреактивы и т.д.
		Нефтепродукты (этилированный бензин и т.д.)
		Асбест
		Ионизирующее и другие виды облучения
		Другие (какие именно)
9.	Есть ли в роду больные злокачественными опухолями	Да
		Нет
		Не знаю
10.	Вы состоите на диспансерном учёте у онколога	Нет
		Да (с какого года)
		С каким заболеванием
11.	Вы состоите на диспансерном учёте у др. специалистов	Нет
		Да (у каких именно)
		С каким заболеванием
12.	У Вас находили полипы в желудке	Нет
		Да
		Не знаю
13.	У Вас находили язвенную болезнь: 1 - желудка, 2 – 12-перстной кишки	Нет
		Да
		Не знаю
14.	Вы лечились от хронического гастрита	Нет
		Да

		Не знаю
15.	У Вас находили сахарный диабет	Нет
		Да
		Не знаю
16.	У Вас находили хроническое заболевание лёгких: 1 - хронический бронхит 2 – «хроническую» пневмонию 3 - туберкулёз лёгких 4 – другие (какие именно)	Нет
		Да
		Не знаю
17.	У Вас находили заболевание толстого кишечника	Нет
		Полипы толстой кишки
		Геморрой
		Трещину заднего прохода
18.	У Вас находили хроническое заболевание мочеполовых органов	Нет
		Хронический цистит
		Увеличение яичника или его кисту
		Полип шейки матки
19.		Язвы или полипы на половых губах
20.	У Вас находили повышение кровяного (артериального) давления более 140/90 мм рт. ст.	Нет
		Да
		Не знаю
21.	Вас беспокоит быстро наступающая слабость, утомляемость	Нет
		Больше месяца
		Больше 6 месяцев
22.	Вас беспокоит повышенная температура тела	Нет
		Иногда
		Постоянно в течении последнего месяца (или больше)
23.	Вас беспокоят повышенная потливость	Нет
		При физической нагрузке
		Появилась в последние 6 месяцев по вечерам или в ночное время
24.	Вас беспокоит беспричинный кожный зуд:	Нет
		В течение последнего месяца (иди больше)
		Больше 6 месяцев
25.	Вы отмечаете у себя бледность кожных покровов:	Нет
		Да
26.	Вас беспокоят: 1 – обильные или не в срок менструальные кровотечения или кровотечения, возобновившиеся в менопаузе (после климакса) 2 – кровотечения из носа, прямой кишки 3 – синяки (подкожные кровоизлияния)	Нет
		В течении последнего месяца (или больше)
		Больше 6 месяцев
27.	Вас беспокоят боли в костях:	нет

	1 – конечностей 2 – в ребрах 3 – в груди 4 – позвоночнике	При перемене погоды или физической нагрузке Часто, независимо от погоды или физической нагрузки
28.	Вы похудели в последнее время:	Нет Да более, чем на 3-4 кг Да, но не было стремления похудеть Не знаю
29.	Вы отмечаете появление (увеличение) узлов в последнее время: 1 – на шее 2- под мышками 3 – в паху 4 – в других местах	Нет Да
30.	У Вас есть на коже длительно существующие: 1 – язвы или язвочки 2 – трещины 3 – изменения в виде узлов	Нет Да
31.	Вы отмечаете у себя в последнее время: 1 – увеличение в размерах родимых пятен 2 – появление кровоточивости из «родинок» 3 – кожного зуда 4 – изменение окраски родимого пятна	Нет Да
32.	Вы курите (или курили, но бросили): 1 – нет, никогда не курил 2 – курю меньше 10 лет 3 – курю больше 10 лет	Нет, никогда не курил Курю меньше 10 лет Курю больше 10 лет
33.	Столько сигарет (папирос) в день Вы выкуриваете:	Меньше пачки Одну пачку и больше
34.	Вас беспокоит кашель больше месяца:	Нет Сухой С обильной мокротой Бывает примесь или прожилки крови
35.	Вас беспокоит осиплость голоса:	Нет Периодически В течение последнего месяца постоянно
36.	Вас беспокоят ощущение инородного тела в горле или пищеводе, боли или затруднения при глотании пищи:	Нет В течении последнего месяца (несколько месяцев) Больше 6 месяцев
37.	Вас беспокоят боли в эпигастрии (под ложечкой):	Нет Последний месяц Больше 6 месяцев Каждую весну и осень
38.	Вас беспокоят: 1 – тяжесть в области желудка 2 – тошнота 3 – рвота после еды	Нет Последний месяц (несколько месяцев) Больше 6 месяцев

39.	Вас беспокоит беспричинное отсутствие аппетита или отвращение к еде вообще:	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
40.	Вы отмечаете у себя появление желтушности кожи или глаз:	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
41.	Вы отмечаете неприятные ощущения или боли при опорожнении кишечника в области заднего прохода, крестца, копчика, половых органов или прямой кишки:	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
42.	У Вас независимо от приёма пищи: 1 – склонность к запорам 2 – склонность поносам 3 – наличие зловонного стула серого или глинистого цвета	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
43.	У Вас бывает: 1 - в кале примесь слизи 2 – в кале примесь крови 3 – чёрный кал 4 – свежая кровь на туалетной бумаге	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
44.	Вас беспокоят ложные позывы на стул	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
45.	Вас беспокоит: 1 – учащение мочеиспускания 2 – затруднение мочеиспускания 3 – боли при мочеиспускании	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
46.	Вы замечали в моче примесь: 1 – слизи 2 – крови 3 – «песка» 4 – хлопьев	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
47.	Вы замечали появление: 1 – в молочных железах узлов, уплотнений 2 – тёмных или кровянистых выделений из сосков 3 – уплощение или втяжение соска или кожи над молочной железой	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
48.	Вас беспокоят не связанные с месячными выделения из половых путей: 1 – сукровичного характера 2 – жидкость вида мясных помоев 3 – кровянистые	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
49.	У Вас бывают кровянистые выделения из половых путей после половых сношений или гинекологических осмотров, при запорах:	Нет
		Последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
50.	У Вас находят увеличение матки не связанное с беременностью:	Нет
		Да

51.	У Вас находили эрозию шейки матки при последнем гинекологическом осмотре:	Нет
		Да
52.	Когда Вы в последний раз проходили медосмотр в женском смотровом кабинете или у гинеколога:	Никогда не проходила
		Проходил в течение последнего года
		Проходил более года назад
53.	Проводите ли Вы самообследование молочных желёз:	нет
		Регулярно каждые 1-3 месяца
		Очень редко
54.	Осматривали ли Ваши молочные железы медицинские работники:	Нет
		В последний месяц (несколько месяцев)
		Больше 6 месяцев
55.	Когда вы в последний раз проходили флюорографию (или рентгеноскопию, рентгенографию грудной клетки):	Да
		Проходил в течение последнего года
		Проходил более года назад
56.	Вас беспокоит одышка:	нет
		При незначительной физической нагрузке или подъёме по лестнице на один этаж
		Только при большой физической нагрузке или подъёме по лестнице на третий этаж

Дополнительные жалобы на момент заполнения анкеты (собираются медработником):

Анкету заполнил: _____
(Ф.И.О., подпись медработника)

Рекомендации участкового врача или врача общей практики по дополнительному обследованию и консультациям узких специалистов:

(Ф.И.О., подпись участкового врача или врача общей практики)