



В ПОМОЩЬ  
практикующему врачу



Российское  
кардиологическое  
общество

**Здравствуйте!**

Пока вы ожидаете приема врача, пожалуйста, заполните анкету. Это поможет доктору сократить время первичного опроса и уделить больше времени на консультацию. Если вы не знаете ответ на вопрос – просто оставьте не заполняйте эту графу.

## АНКЕТА ПАЦИЕНТА

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_

2. Артериальное давление чаще всего, привычное \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ мм.рт.ст.

3. Артериальное давление максимальное \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ мм.рт.ст.

4. Пульс чаще всего, привычный \_\_\_\_\_ ударов в минуту.

5. Пульс максимальный \_\_\_\_\_ ударов в минуту.

6. Вы курите?  Нет  Да, если Да то уточните

– длительность курения |\_\_|!|\_\_| лет; количество сигарет в день |\_\_|!|\_\_| штук

7. Если Нет, то курили ли Вы ранее?  Нет  Да, если Да, то уточните

– длительность курения |\_\_|!|\_\_| лет; количество сигарет в день |\_\_|!|\_\_| штук,

– не курите последние |\_\_|!|\_\_| лет

8. Есть ли у вас аллергия  Нет  Да, если Да, то уточните на что и какая

9. Принимаете ли Вы постоянно лекарства?

Нет  Да (укажите названия лекарств, их дозы и время приема)

Название лекарства	Доза	Время приема

10. Есть ли у Вас?

	Нет	Да	Как давно
Повышение давления	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ лет
Ишемическая болезнь сердца	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ лет
Аритмия, сердцебиение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ лет
Сахарный диабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ лет
Был ли у Вас инсульт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Был ли у Вас инфаркт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Родственники, имеющие повышение давления, заболевания сердца, перенесшие инфаркт или инсульт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ возраст <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж

**11. Жалобы в настоящее время (поставить галочки в нужных графах, если ваш ответ ДА)**

№	Жалобы (при ответе Да, опишите жалобу подробно)	«Да»
1.	Боли в грудной клетке Если «да», то: при дыхании при движении в покое при нервных нагрузках при других условиях	
3.	Как болит в грудной клетке Другое (написать) _____ Колет, прокалывает Жжет Давит	
4.	Боль в грудной клетке отдает: нет в левую руку, в правую руку, в челюсть, в шею (подчеркните верный ответ)	
5.	Боль в грудной клетке, длительность _____ минут, часов, дней	
6.	Помогает ли нитроглицерин, нитроспрей, изокет спрей?	
	Через какое время помогает _____ минут, часов	
7.	Перебои в работе сердца и/или сердцебиение Если «да», то: при движении в покое при нервных нагрузках при других условиях	
8.	Перебои и/или сердцебиения _____ раз в день, в неделю, в месяц, в год	
9.	Перебои и/или сердцебиения, длительность _____ минут, часов, дней	
10.	Чем снимаются приступы? _____ Укажите, пожалуйста, свой пульс при перебоях и/или сердцебиении (если вы его считали) _____	
11.	Одышка Если «да», то: при движении в покое при нервных нагрузках при других условиях	
12.	Отеки ног	
13.	Кашель Если «да», то: сухой с мокротой	
14.	Головная боль Если да, то где и как болит _____	
15.	Головокружение	
16.	Храпите ли вы	
17.	Боли в животе: Если «да», то: голодные боли боли после еды ночные боли боли в правом подреберье опоясывающие боли	
18.	Изжога и/или отрыжка	
19.	Сухость во рту, жажда	
20.	Слабость, потливость	

**13. Подробно опишите основную жалобу** \_\_\_\_\_

**14. Дата заполнения:** « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ года.