**АНКЕТА ДЛЯ ВКЛЮЧЕНИЯ В СКРИНИНГОВУЮ ПРОГРАММУ**

**ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЯЮ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Общая информация**

1. ФИО (полностью)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Дата рождения: день [ ] [ ]  месяц [ ] [ ]  год [ ] [ ] [ ] [ ]  Возраст: [ ] [ ]  полных лет
3. Пол: [ ]  мужской [ ]  женский
4. Полис ОМС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Место регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Место постоянного жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подразделение (цех, отдел, др.):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Профессия (должность): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Дата заполнения анкеты: день [ ] [ ]  месяц [ ] [ ]  год [ ] [ ] [ ] [ ]

**Информация о ранее выявленных онкологических заболеваниях и жалобах**

1. Выявляли ли у Вас ранее следующие онкологические заболевания?

Рак легких: Да [ ]  Нет [ ]

Рак/полип кишечника: Да [ ]  Нет [ ]

Рак молочной железы (для женщин): Да [ ]  Нет [ ]

Рак шейки матки (для женщин): Да [ ]  Нет [ ]

1. Были ли у Ваших близких родственников злокачественные новообразования (полипы толстой или прямой кишки, кишечника): Да [ ]  Нет [ ]
2. Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул,

нерегулярный стул: Да [ ]  Нет [ ]

1. Бывают ли у Вас кровянистые выделения или слизь с калом: Да [ ]  Нет [ ]
2. Страдаете ли Вы хроническими заболеваниями бронхов и легких: Да [ ]  Нет [ ]

**Информация о ранее проводимых скрининговых исследованиях**

1. Проводили ли Вам диспансеризацию за последние 2 года? Да [ ]  Нет [ ]
2. Проводили ли Вам компьютерную томографию легких в течение года? Да [ ]  Нет [ ]  Не знаю [ ]
3. Проводили ли Вам фиброколоноскопию за последние 10 лет? Да [ ]  Нет [ ]  Не знаю [ ]
4. Проводили ли Вам маммографию за последние 2 года (для женщин)? Да [ ]  Нет [ ]  Не знаю [ ]
5. Если вы ответили на п. 19 «ДА», укажите дату проведения маммографии - [ ] [ ] .[ ] [ ] .[ ] [ ] [ ] [ ]  и название ЛПУ, где она проводилась \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Проводили ли Вам исследование мазка из шейки матки на онкоцитологию за

последние 3 года (для женщин)? Да [ ]  Нет [ ]  Не знаю [ ]

**Информация о курении**

1. Курите ли Вы в настоящее время? Да [ ]  Нет [ ]
2. Сколько лет Вы курите? [ ] [ ]
3. Сколько сигарет в день Вы выкуриваете? [ ] [ ]
4. Индекс пачка/лет: [ ] [ ]  (количество выкуриваемых сигарет в день × стаж курения в годах) / 20
5. Курили ли Вы в прошлом? Да [ ]  Нет [ ]  Если нет – **опрос завершен**
6. Сколько лет назад Вы бросили курить? [ ] [ ]
7. Сколько лет Вы курили? [ ] [ ]
8. Сколько сигарет в день Вы выкуривали? [ ] [ ]
9. Индекс пачка/лет: [ ] [ ]