**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: