

АНКЕТА ОНКОСКРИНИНГА (для мужчин)

Дата обследования (дд.мм.гггг) _____

Инициалы (Ф.И.О.) _____

Дата рождения (дд.мм.гггг) _____ Полных лет _____

Откуда узнали про акцию? (выберите из представленных ответов)

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ТВ • Газеты • Районные и окружные газеты • Интернет-порталы • Социальные сети • Письмо от портала mos.ru | <ul style="list-style-type: none"> • Информация на экранах в метрополитене • От знакомых • В поликлинике • В МФЦ • Интернет - реклама • Свой вариант |
|---|--|

1.	Наличие родственников с онкологическими заболеваниями	Да	Нет
2.	У Вас находили полипы в желудке	Да	Нет
3.	У Вас находили язвенную болезнь: желудка или 12-перстной кишки.	Да	Нет
4.	Вы лечились от хронического гастрита	Да	Нет
5.	У Вас находили сахарный диабет.	Да	Нет
6.	У Вас находили хроническое заболевание легких (хронический бронхит, хроническую пневмонию, туберкулез легких и др.)	Да	Нет
7.	У Вас находили заболевание толстого кишечника (полипы толстой кишки, геморрой, трещину заднего прохода и др.)	Да	Нет
8.	У Вас находили хронические заболевания мочеполовых органов (хронический цистит, увеличение яичка или его кисту).	Да	Нет
9.	Вас беспокоит быстро наступающая слабость, утомляемость.	Да	Нет
10.	Вас беспокоит беспричинное повышение температуры тела до 37,5 *С	Да	Нет
11.	Вас беспокоит повышенная потливость	Да	Нет
12.	Вас беспокоит беспричинный кожный зуд	Да	Нет
13.	Вы отмечаете у себя бледность кожных покровов	Да	Нет
14.	Вас беспокоят частые обильные носовые кровотечения, синяки (подкожные кровоизлияния)	Да	Нет
15.	Вы похудели в последнее время без причины	Да	Нет
16.	Вы отмечаете появление узлов (узелков) в последнее время (на шее, подмышками, в паху, в других местах)	Да	Нет
17.	У вас есть на коже длительно существующие язвы или язвочки, трещины, изменения в виде узлов	Да	Нет
18.	Вы отмечаете у себя в последнее время изменение окраски, увеличение в размерах или появление, кровоточивости, зуда родимого пятна	Да	Нет
19.	Вы курите (или курили, но бросили)	Да	Нет
20.	Вас беспокоит осиплость голоса	Да	Нет

21.	Вас беспокоят боли, затруднение глотания, ощущение инородного тела в горле или пищеводе при глотании	Да	Нет
22.	Вас беспокоят боли в области желудка	Да	Нет
23.	Вас беспокоит беспричинное отсутствие аппетита или отвращение к еде вообще	Да	Нет
24.	Вы отмечаете неприятные ощущения или боли при опорожнении кишечника в области заднего прохода, крестца, копчика, половых органов или прямой кишки	Да	Нет
25.	У Вас независимо от приема пищи склонность к запорам или поносам	Да	Нет
26.	У Вас бывает в кале примесь слизи, крови, черный стул, свежая кровь на бумаге после дефекации	Да	Нет
27.	Вас беспокоит учащение, затруднение, боли при мочеиспускании	Да	Нет
28.	Вы проходили флюорографию (рентгенографию грудной клетки) в течение последнего года	Да	Нет

АНКЕТА ОНКОСКРИНИНГА (для женщин)

Дата обследования (дд.мм.гггг) _____

Инициалы (Ф.И.О.) _____

Дата рождения (дд.мм.гггг) _____ Полных лет _____

Откуда узнали про акцию? (выберите из представленных ответов)

- | | |
|------------------------------|---|
| • ТВ | • Информация на экранах в метрополитене |
| • Газеты | • От знакомых |
| • Районные и окружные газеты | • В поликлинике |
| • Интернет-порталы | • В МФЦ |
| • Социальные сети | • Интернет - реклама |
| • Письмо от портала mos.ru | • Свой вариант |

1.	Наличие родственников с онкологическими заболеваниями	Да	Нет
2.	У Вас находили полипы в желудке	Да	Нет
3.	У Вас находили язвенную болезнь желудка или 12-перстной кишки	Да	Нет
6.	Вы лечились от хронического гастрита	Да	Нет
7.	У Вас находили сахарный диабет	Да	Нет
8.	У Вас находили хроническое заболевание легких (хронический бронхит, хроническую пневмонию, туберкулез легких и др.)	Да	Нет
9.	У Вас находили заболевание толстого кишечника (полипы толстой кишки, геморрой, трещину заднего прохода и др.)	Да	Нет
10.	У Вас находили хронические заболевания мочеполовых органов (хронический цистит, увеличение яичка или его кисту)	Да	Нет
11.	Вас беспокоит быстро наступающая слабость, утомляемость	Да	Нет
12.	Вас беспокоит беспричинное повышение температуры тела до 37,5 *С	Да	Нет
13.	Вас беспокоит повышенная потливость	Да	Нет
14.	Вас беспокоит беспричинный кожный зуд	Да	Нет
15.	Вы отмечаете у себя бледность кожных покровов	Да	Нет
16.	Вас беспокоят частые обильные носовые кровотечения, синяки	Да	Нет

	(подкожные кровоизлияния)		
17.	Вы похудели в последнее время без причины	Да	Нет
18.	Вы отмечаете появление узлов (увеличение железок) в последнее время (на шее, подмышками, в паху, в других местах)	Да	Нет
19.	У вас есть на коже длительно существующие язвы или язвочки, трещины, изменения в виде узлов	Да	Нет
20.	Вы отмечаете у себя в последнее время изменение окраски, увеличение в размерах или появление, кровоточивости, зуда родимого пятна	Да	Нет
21.	Вы курите (или курили, но бросили)	Да	Нет
22.	Вас беспокоит осиплость голоса	Да	Нет
23.	Вас беспокоят боли, затруднение глотания, ощущение инородного тела в горле или пищеводе при глотании	Да	Нет
24.	Вас беспокоят боли в области желудка	Да	Нет
25.	Вас беспокоит беспричинное отсутствие аппетита или отвращение к еде вообще	Да	Нет
26.	Вы отмечаете неприятные ощущения или боли при опорожнении кишечника в области заднего прохода, крестца, копчика, половых органов или прямой кишки	Да	Нет
27.	У Вас независимо от приема пищи склонность к запорам или поносам	Да	Нет
28.	У Вас бывает в кале примесь слизи, крови, черный стул, свежая кровь на бумаге после дефекации	Да	Нет
29.	Вы замечаете появление в молочных железах узлов, уплотнений, выделений из соска, изменения кожи молочной железы	Да	Нет
30.	Вас беспокоят не связанные с месячными выделения из половых путей сукровичного характера, вида мясных помоев, кровянистые	Да	Нет
31.	У Вас бывают кровянистые выделения из половых путей после полового акта, при запорах	Да	Нет
32.	Вы проходили медосмотр последний раз в женском смотровом кабинете или у гинеколога в течении последнего года	Да	Нет
33.	У Вас находят увеличение матки, не связанное с беременностью	Да	Нет
34.	У Вас находили эрозию шейки матки при последнем гинекологическом осмотре	Да	Нет
35.	Вы проводите самообследование молочных желез	Да	Нет
36.	Ваши молочные железы осматривали медицинские работники, Вы проходили маммографию или УЗИ молочных желез в течении последнего года	Да	Нет
37.	Вы проходили флюорографию (или рентгеноскопию, рентгенографию грудной клетки) в течение последнего года.	Да	Нет