

УИРС «Ранняя диагностика и профилактика хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) у амбулаторных пациентов» Прочтите анкету и комментарии к ней! Обследуйте 6 пациентов от 40 до 89 лет). **Вопросы к пациентам выделены красным цветом. 0-нет/1-да.** Укажите пациентам, что, честно ответив на эти вопросы, они смогут понять свой профиль риска и предпринять шаги по профилактике или лечению заболеваний, получить ваши рекомендации. **АД, ЧСС, окружность талии, рост, вес** – измеряете сами. Остальные данные берете из амбулаторной карты (листа уточненных диагнозов, выписок из больниц, консультаций, последних результатов анализов и инструментальных исследований). **Жирным шрифтом** указаны показатели, которые вы должны рассчитать.

Название ЛПУ (место практики):		Если да, то укажите локализацию или систему:	
Фамилия, инициалы пациента		Выполняет ли пациент рекомендации по онкоскринингу? 0/1	
Пол:	ж-0, м-1	Анемия (см. общий ан крови) нет - 0, 1ст.– 1; 2ст.– 2; 3ст.– 3	
Возраст	(лет)	Холестерин (ХС) общий (ммоль/л) (из амб карты)	
Рост	(см)	ХС ЛПВП (ммоль/л)	
Вес, кг (взвешивать обязательно!)		ХС ЛПНП (ммоль/л)	
Окружность талии (измерять обязательно!)	(см)	Триглицериды (ммоль/л)	
Индекс массы тела (кг/м²)		Рассчитайте Индекс атерогенности: (ОХС – ЛПВП)/ ЛПВП	
Ожирение: нет-0, I ст.-1; II ст.-2; IIIст.-3, ИМТ 25,0-29,9 – 0,5		Холестерин не ЛПВП (ммоль/л)= ХС общий - ХС ЛПВП	
Индекс талия/рост		Оцените риск смерти от БСК в теч.10 лет по табл. SCORE* %	
ЧСС в 1 мин		Оцените общий риск ССЗ по табл. SCORE2 или SCORE2-OP*%	
Частота дыханий в покое в 1 мин		Оцените наличие гипергликемии натощак (в венозной крови— 6,1-6,99; в капиллярной— 5,6-6,09) (ммоль/л) 0/1	
Количество выкуриваемых сигарет в день:	0/_____	Гликированный гемоглобин (HbA1c в ммоль/л) (при наличии!) 0/1	
Стаж курения (в том числе, если бросил курить более года)(лет)		Оцените наличие преддиабета* (HbA1c 5,7-6,4) 0/1	
Рассчитайте индекс курения (кол-во сигарет в день x лет/20)		Оцените наличие метаболического синдрома (МС)* 0/1	
Пассивное курение дома или на работе (для некурящих!) 0/1		Оцените риск развития СД 2т (если нет диагноза СД, баллов)	
Курит вейп (лет)		Возраст (лет) < 45 – 0; 45-64 – 2; > 65 – 4	
Факторы риска: досаливает ли приготовленную пищу или любите употреблять продукты с большим содержанием соли? 0/1		Индекс массы тела (кг/м²) < 25 – 0; 25-30 – 1; >30 – 3	
Был ли ИМ или инсульт, внезапная смерть у близких родственников в возрасте (до 65 лет у матери или родных сестер, или до 55 лет у отца или родных братьев)? 0/1		Окружность талии (см) (м) ≤94, (ж) ≤80 – 0; (м) 95-102, (ж) 81-88 – 3; (м) >102, (ж) >88 – 4	
Поражение «органов-мишеней»: ретинопатия 0/1		Как часто Вы едите фрукты, ягоды, и/или овощи (кроме картофеля)? ежедневно – 0; не каждый день – 1	
гипертрофия миокарда левого желудочка (по УЗИ или ЭКГ) 0/1		Вы тратите на физическую активность хотя бы 30 мин.: ежедневно, или не менее 3 часов в неделю? нет–2, да–0;	
Белок в моче >0,15 г/л или микроальбуминурия 0/1		Приходилось ли Вам принимать гипотензивные препараты на регулярной основе? нет – 0, да – 2;	
Креатинин, в МКмоль/л (из амб. карты)		Уровень глюкозы (из амб карты) ранее повышался (в том числе в период беременности?) (в цельной капиллярной крови ≥5,6 или в венозной ≥ 6,1) (ммоль/л) (НТГ)нет–0, да–5	
Рассчитайте скорость клубочковой фильтрации (мл/мин/1,73м²)		Был (есть) СД 1 или 2 типа у родственников: нет – 0	
При наличии ХБП, укажите ее стадию (по Голту): 1,2,3а,3б,4,5		дедушка/бабушка, тетя/дядя, двоюродные братья/сестры –2	
АД во время визита в поликлинику (сист./диаст. в мм рт. ст.) /		родители, брат/сестра или собственный ребенок – 5	
Укажите свои хрон. заболевания: АГ (повышение АД ≥140/90 трижды) или прием гипотензивных препаратов 0/1		Сумма баллов для оценки риска развития СД:	
ИБС*(стенокардия, ИМ, ХСН, нар. ритма и проводим.) см.ЭКГ 0/1		Выраженность риска развития СД2 типа в ближайшие 10 лет: <7 - риск низкий: 1/100; 7-11 - немного повышен: 1/25; 12-14 - умеренный:1/6; 5-20 - высокий:1/3; > 20 - очень высокий:1/2	
Беспокоят ли при физ. нагрузке боли, или жжение, или тяжесть: за грудиной, или в левой половине грудной клетки, плече, руке 0/1		Нарушения сна: нет-0, редко-1; прием снотворных: редко-2, пост.-3	
Мерцание/трепетание предсердий:0/приступы-1/пост.форма-2		Испытывали ли Вы тревогу, страх или беспокойство за последний месяц? 0/1	
Бывают ли у Вас перебои или паузы в работе сердца, очень быстрое или чрезвычайно медленное биение сердца? 0/1		Как Вы оцените у себя выраженность (уровень) тревожности: нет 0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10 весьма выражена?	
Стенозирующий атеросклероз сонных артерий или арт.ног 0/1		Отмечали ли Вы депрессию, чувство безнадежности или потерю интереса и удовольствия от выполняемого дела в течение месяца? 0/1	
Перенес инсульт-1,транзиторную ишемическую атаку-2,нет-0		Как Вы оцените состояние своего здоровья (от 0 до 10): очень плохое 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 очень хорошее?	
Были ли у Вас потери сознания? 0/1		Выявлены факторы риска (подчеркните): ССЗ (БСК), АГ, избыточный вес, дислипидемия, МС, апноэ сна, ↑NaCl, НТГ, преддиабет, гиподинамия, курение сигарет, кур.вейпа, кур. пассивное, хр. боль, избыточное употр. алкоголя, тревога, депрессия, наследственность отягощенная по: ССЗ, СД 2 типа, онкологии; др.: Всего ФР:	
Храпите во сне с периодическими остановками дыхания? 0/1		Имеются хрон. заболевания или синдромы, требующие регулярного диспансерного наблюдения (подчеркните): ИБС, нарушения ритма сердца, ХСН, АГ, СД, хр. заб легких и/или бронхов, онкологические, заболевания почек, ХБП 3-5 ст., хр. болезни косо-мышечной системы, соединительной ткани, хр. заб. ЖКТ, хр. неврологические заболевания, хр. болевой синдром, другие:	
Выставлен д-з СД* (1 или 2 типа) (см. амб.карту) 0/1		Наличие 2-х и более хр. заболеваний (полиморбидность) 0/1	
Есть осложнения СД*(нефро-,полинейро-, офтальмо-патия)0/1		Наметьте план действий для пациента (ки): укажите алгоритмы устранения или коррекции модифицируемых ФР; при наличии ХНИЗ - план обследований. Оцените возможности реабилитации в поликлинике или санатории, укажите периодичность визитов к ВОП для контрольных обследований и коррекции лечения (см. протоколы МЗ РБ); для практически здоровых пациентов - укажите год и месяц следующего обследования; для всех - план онкоскрининга (см. онкоскрининг в зависимости от возраста пациента).	
При наличии АГ, рассчитайте риск ИМ или инсульта в %			
Как часто Вы пьете напитки, содержащие алкоголь? никогда-0, ≤1раза в мес-(1), 2-4 р в мес-(2),2-3 раза в неделю-(3), 4 и более раз в неделю-(4)?			
Ощущаете ли в груди хрипы, свист, другие звуки? 0/1			
Вы очень часто или даже ежедневно кашляете? 0/1			
Кашель продолжается более 2-х недель? нет - 0; если он есть, то: сухой-1; с густой или вязкой мокротой-2; с прожилками крови-3			
Одышка: нет-0, при физической активности (1), в покое (2)			
При наличии одышки: У Вас одышка развивается быстрее, чем у Ваших сверстников (при совместной ходьбе и др.)? 0/1			
Установлен д-з ХОБЛ (из амб карты: ОФВ1/ЖЕЛ ≤ 70%) 0/1			
Если Вы перенесли COVID19, оказало ли это негативный эффект на Ваше здоровье? Нет-0, умеренный-1, ухудшило- 2			
Были ли у близких родственников (родителей, родных братьев или сестер) онкологические заболевания? 0/1			