Приложение 1

# Анкетный скрининг (форма анкеты)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| АНКЕТА ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ | | | |
|  |  |  |  |
| Ф.И.О. | |  |  |
| Дата рождения | | | |
| Адрес | |  |  |
|  |  |  |  |
| 1 | Отмечаете ли вы слабость, похудание и потерю аппетита? | да | нет |
| 2 | Повышается ли постоянно температура в течение длительного времени? | да | нет |
| 3 | Прощупываете ли Вы у себя опухолевидное образование? | да | нет |
| 4 | Увеличился ли у Вас объем живота за последнее время? | да | нет |
| 5 | Есть ли у Вас симптомы анемии (бледность кожных покровов, головокружение)? | да | нет |
| 6 | Есть ли у Вас постоянная, постепенно нарастающая боль? | да | нет |
| 7 | Есть ли затруднения при прохождении пищи по пищеводу, периодически возникающая рвота, длительные запоры, сменяющиеся поносом? | да | нет |
| 8 | Бывает ли рвота с кровью или цвета "кофейной гущи", кровянистые выделения из прямой кишки? | да | нет |
| 9 | Есть кровянистые выделения при кашле? | да | нет |
| 10 | Есть ли постоянная, постепенно нарастающая боль в грудной клетке? | да | нет |
| 11 | Имеются ли какие-либо изменения в молочной железе (уплотнения, язвочки, втяжения, отеки)? | да | нет |
| 12 | Есть ли выделения из сосков молочных желез? | да | нет |
| 13 | Есть ли кровяные выделения при мочеиспускании? | да | нет |
| 14 | Есть ли эпизоды задержки мочи? | да | нет |
| 15 | Есть ли кровянистые выделения из влагалища? | да | нет |
| 16 | Есть ли увеличенные узлы на шее, над ключицей, в подмышечных, паховых областях? | да | нет |
| 17 | Есть ли обильный ночной пот, кожный зуд? | да | нет |
| 18 | Есть ли у Вас на губе, во рту, под языком уплотненные участки, язвы, какие-либо разрастания, незаживающие трещины? | да | нет |
| 19 | Есть ли у Вас на коже образования, которые изменили цвет, размер, стали кровоточить за последнее время; внутрикожные уплотнения, выступающие над поверхностью кожи, длительно не заживающие раны? | да | нет |
| 20 | Есть ли у Вас осиплость голоса, чувство сдавления шеи, какие-либо узлы, уплотнения на шеи? | да | нет |
| 21 | Наличие онкологических заболеваний у кровных родственников? | да | нет |
| 22 | Курите ли Вы или курили в прошлом? | да | нет |