Приложение № 3

к приказу ГБУЗ КО «КГБ № 5»

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_2016 г. № \_\_\_\_\_\_

Инструкция по анкетированию

1. Анкетированию подлежат лица старше 30 лет.
2. Анкета заполняется с согласия пациента.
3. Анкета обрабатывается по участковому принципу на приеме врача и определяется относится ли анкетируемый к группе риска.
4. При отношении к группе риска пациент уведомляется о необходимости его дальнейшего обследования по результатам анкетирования. Получается его согласие на анкете или отказ
5. Пациент обследуется в соответствии с приложением № 4 и после консультации с онкологом учреждения или зав. поликлиническим отделением направляется для уточнения диагноза в онкодиспансер. Обследование проводится в течении месяца
6. Информация по обработке анкет предоставляется еженедельно по понедельникам заведующему отделением в следующем объеме: количество анкет; количество пациентов у которых выявлены симптомы; количество пациентов, определенных в группу риска; количество пациентов отказавшихся от дополнительного обследования; количество обследованных из группы риска; количество направленных к онкологу учреждения; количество направленных на консультацию в онкодиспансер.
7. Сводная информация в разрезе участков и в целом по отделению ежемесячно до 5 числа следующего за отчетным месяца заместителю главного врача по поликлиническому разделу работы и в оргметодотдел.

**АНКЕТА ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_**

**Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопрос** | **Ответ** |
| **1** | Нет ли кровянистых выделений из прямой кишки, влагалища, при кашле, мочеиспускании, рвоте? | ⁯Да (имеющееся подчеркнуть)⁯Нет |
| **2** | Нет ли анемии (бледность кожных покровов, головокружение, снижение артериального давления)? | ⁯Да (имеющееся подчеркнуть)⁯Нет |
| **3** | Есть ли постоянная, постепенно нарастающая боль в животе,, грудной клетке? | ⁯Да (имеющееся подчеркнуть)⁯Нет |
| **4** | Нет ли затруднений при прохождении пищи по пищеводу, периодически возникающей рвоты, длительных запоров, сменяющихся поносом, эпизодов задержки мочи? | ⁯Да (имеющееся подчеркнуть)⁯Нет |
| **5** | Не отмечаете ли вы слабости, похудания и потери аппетита? | ⁯Да (имеющееся подчеркнуть)⁯Нет |
| **6** | Не прощупываете ли вы у себя какую-нибудь опухоль? | ⁯Да (имеющееся подчеркнуть)⁯Нет |
| **7** | Не увеличился ли у вас объем живота за последнее время? | ⁯Да (имеющееся подчеркнуть)⁯Нет |
| **8** | Не повышается ли постоянно температура в течение длительного времени? | ⁯Да (имеющееся подчеркнуть)⁯Нет |
| **9** | Нет ли у вас увеличенных узлов на шее, над ключицей, в подмышечных и паховых областях? | ⁯Да (имеющееся подчеркнуть)⁯Нет |
| **10** | Нет ли у вас обильного ночного пота, кожного зуда? | ⁯Да (имеющееся подчеркнуть)⁯Нет |
| **11** | Нет ли у вас на губе уплотненного участка, язвы, каких-либо 1 \* разрастаний, незаживающих трещин? | ⁯Да (имеющееся подчеркнуть)⁯Нет |
| **12** | Нет ли осиплости голоса, чувства давления на шее, каких-либо узлов (уплотнений) на ней? | ⁯Да (имеющееся подчеркнуть)⁯Нет |
| **13** | Имеются ли у вас изменения молочной железы (уплотнения, язвочки, втяжения, отек)? | ⁯Да (имеющееся подчеркнуть)⁯Нет |
| **14** | Нет ли выделений из сосков молочных желез? | ⁯Да (имеющееся подчеркнуть)⁯Нет |
| **15** | Нет ли у вас неподвижного твердого образования на кости? | ⁯Да (имеющееся подчеркнуть)⁯Нет |
| **16** | Нет ли у вас на коже коричневого цвета образований, внутрнкожных уплотнений, выступающих над поверхностью кожи каких-либо уплотнений, язв? | ⁯Да (имеющееся подчеркнуть)⁯Нет |
| **17** | Все ли спокойно в полости рта? Нет ли боли, язвочек, уплотнений? | ⁯Да (имеющееся подчеркнуть)⁯Нет |

Согласие на дообследование:

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ФИО подпись

Отказ от дообследования:

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ФИО подпись