Приложение 4 к приказу

Департамента здравоохранения

Ханты-Мансийского

автономного округа – Югры

от 13.09.2018 № 931

# ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Индивидуальная информационно-регистрационная карта Мониторинга реализации приоритетного проекта «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек»

**Вопросник ВОЗ, дополненный и адаптированный НМИЦ ПМ для Мониторинга реализации приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни»**

|  |
| --- |
| **ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Место и дата** | **Ответ** | **Код** |
| Код региона  *(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКИ С КОДАМИ)* | **└─┴─┘** | I1 |
| Название центра/населенного пункта |  | I2 |
| Идентификационный номер интервьюера/опрашивающего | └─┴─┴─┘ | I3 |
| Дата заполнения вопросника | └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘  день месяц год | I4 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Получение согласия, язык проведения опроса и имя** | **Ответ** | | **Код** |
| Зачитано и получено согласие yчастникa | Да | 1 | I5 |
| Нет | 2 **Если НЕТ, ПРЕКРАТИТЕ ОПРОС** |
| *Язык проведения опроса* | Русский | 1 | I6 |
| *другой* | 2 |
|  | |
| *другой (укажите какой)* |  |
| Время начала опроса  (по 24-часовой шкале) | └─┴─┘: └─┴─┘  часы минуты | | I7 |
| Фамилия |  | | I8 |
| Имя |  | | I9 |
| Отчество |  | | I9a |
| **Дополнительная информация, которая может быть полезной** | | | |
| Контактный номер телефона |  | | I10 |
| Электронная почта, если возможно |  | | I10a |
| Полис ОМС №, если возможно |  | | I10b |
| СНИЛС №, если возможно |  | | I10c |

|  |
| --- |
| **Этап 1 Опрос** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Демографическая информация** | | | |
| **Вопрос** | **Ответ** | | **Код** |
| Пол *(мужской / женский по внешним признакам)* | Мужской | 1 | C1 |
| Женский | 2 |
| Дата Вашего рождения?  *Не знаю 77 77 7777* | └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘ *Если известно,*  день месяц год *перейдите к C4* | | C2 |
| Сколько Вам лет? | Годы | └─┴─┘ | C3 |
| Сколько всего лет Вы учились в школе, а также в специальных и высших учебных заведениях (исключая дошкольное образование)? | Годы | └─┴─┘ | C4 |
| Каков **наивысший уровень** полученного Вами **образования**? | Нет школьного образования | 1 | C5 |
| Неполное среднее | 2 |
| Законченное среднее | 3 |
| Профессионально-техническое, колледж, техникум | 4 |
| Незаконченное высшее | 5 |
| Законченное высшее | 6 |
| Ученая степень | 7 |
| Отказывается отвечать | 777 |
| К какой *национальности* **Вы относитесь?**  *(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКИ С ОТВЕТАМИ)* | Укажите какая | └─┴─┴─┘ | C6 |
| *не знаю* | *777* |
| *отказывается отвечать* | *888* |
| Каково Ваше **семейное положение**?  *(ЗАЧИТАЙТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ)* | Холост/не замужем (никогда не был/а) | 1 | C7 |
| Женат*/* замужем в настоящее время | 2 |
| Женат*/* замужем, но живем раздельно | 3 |
| Разведен*/*а | 4 |
| Вдовец*/*вдова | 5 |
| Состоит в гражданском браке | 6 |
| Отказывается отвечать | 88 |
| Что из перечисленного более всего соответствует Вашему **основному роду** занятий за последние 12 месяцев?  *(ЗАЧИТАЙТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ)* | Работник государственного или бюджетного сектора | 1 | C8 |
| Работник частного сектора | 2 |
| Предприниматель | 3 |
| Неоплачиваемый труд | 4 |
| Учащийся | 5 Перейдите к *С9* |
| Домохозяйка | 6 Перейдите к *С9* |
| Пенсионер | 7 Перейдите к *С9* |
| Безработный (способный работать) | 8 Перейдите к *С9* |
| Безработный (неспособный работать) | 9 Перейдите к *С9* |
| Отказывается отвечать | 88 Перейдите к *С9* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Демографическая информация (продолжение)** | | | | | | | |
| **Вопрос** | **Ответ** | | | | | **Код** | **Вопрос** |
| Уточните, пожалуйста, Ваш основной род занятий за последние 12 месяцев  *(ЗАЧИТАЙТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ)* | Руководители (госслужащие высокого ранга, администраторы, директора предприятий или учреждений, управляющие, и т.д.) | | | | | 1 | C8X |
| Специалисты в области науки и техники (ученые, инженеры, архитекторы, врачи, преподаватели, бухгалтеры, юристы, экономисты, историки, журналисты, актеры и т.д. | | | | | 2 |
| Специалисты среднего уровня квалификации (техники, мастера, операторы, капитаны судов, диспетчеры, фельдшеры, фармацевты, средний мед. персонал, агенты, закупщики, инспекторы полиции, соц. работники, спортсмены, фотографы, шеф-повара, техники в обл. информационно-коммуникационных технологий и т.д.) | | | | | 3 |
| Служащие, занятые подготовкой и оформлением  документации, учетом и обслуживанием (офисные служащие, секретари, кассиры банков, телефонисты, копировщики, корректоры, регистраторы и т.д.) | | | | | 4 |
| Работники сферы обслуживания и торговли, охраны граждан и собственности (кондукторы, проводники, гиды, повара, официанты, буфетчики, парикмахеры, косметологи, экономки, продавцы, кассиры, воспитатели, пожарные, полицейские, охранники, помощники и т.д.) | | | | | 5 |
| Квалифицированные работники сельского и лесного хозяйства, рыбоводства и рыболовства | | | | | 6 |
| Квалифицированные рабочие промышленности, строительства, транспорта и рабочие родственных занятий (рабочие, строители, каменщики, стекольщики, маляры, сварщики, ремонтники и механики, водолазы, гончары, художники, пекари, наладчики и т.д.) | | | | | 7 |
| Операторы производственных установок и машин, сборщики и водители | | | | | 8 |
| Неквалифицированные рабочие (уборщики, мойщики, грузчики, помощники на кухне, сортировщики мусора, дворники, уличные торговцы, разнорабочие, разносчики и т.д.) | | | | | 9 |
| Военнослужащие | | | | | 10 |
| Сколько человек старше 18 лет, включая Вас, проживают вместе с Вами в Вашем домохозяйстве? | Количество человек | | └─┴─┘ |  | | | C9 |
| Можете ли Вы сказать мне, каков был средний заработок (доход) в Вашем домохозяйстве **за последний год**?  *(УКАЖИТЕ ТОЛЬКО ОДИН ВАРИАНТ, НЕ ВСЕ 3)* | В неделю | └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ Перейдите к *T1* | | | | | C10a |
| ИЛИ в месяц | └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ Перейдите к *T1* | | | | | C10b |
| ИЛИ в год | └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ Перейдите к *T1* | | | | | C10c |
| Отказывается отвечать | | 8888888 | | | | C10d |
| Если Вы не знаете точную сумму, можете ли Вы **приблизительно оценить** уровень месячного дохода Вашего домохозяйства, если я зачитаю Вам несколько возможных вариантов? Является ли он:  *(ЗАЧИТАЙТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ)* | до 5 тыс. руб. | | | | 1 | | C11X |
| от 5,1 до 10,0 тыс. руб. | | | | 2 | |
| от 10,1 до 15,0 тыс. руб. | | | | 3 | |
| от 15,1 до 20,0 тыс. руб. | | | | 4 | |
| от 20,1 до 25,0 тыс. руб. | | | | 5 | |
| от 25,1 до 30,0 тыс. руб. | | | | 6 | |
| от 30,1 до 40,0 тыс. руб. | | | | 7 | |
| от 40,1 до 50,0 тыс. руб. | | | | 8 | |
| от 50,1 до 60,0 тыс. руб. | | | | 9 | |
| от 60,1 до 75,0 тыс. руб. | | | | 10 | |
| от 75,1 до 100,0 тыс. руб. | | | | 11 | |
| от 100,1 до 125,0 тыс. руб. | | | | 12 | |
| от 125,1 до 150,0 тыс. руб. | | | | 13 | |
| от 150,1 до 175,0 тыс. руб. | | | | 14 | |
| от 175,1 до 200,0 тыс. руб. | | | | 15 | |
| от 200,1 до 250,0 тыс. руб. | | | | 16 | |
| свыше 250,0 тыс. руб. | | | | 17 | |
| *Не знаю* | | | | *77* | |
| *Отказывается отвечать* | | | | *88* | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Потребление табака** | | | | |
| Теперь я задам Вам несколько вопросов в отношении потребления табака. | | | | |
| **Вопрос** | **Ответ** | | | **Код** |
| Курите ли Вы в настоящее время какие-либо  табачные изделия, например, сигареты, сигары, кальян или трубку?  *(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКУ ПО ПОТРЕБЛЕНИЮ ТАБАКА)* | Да | 1 | | T1 |
| Нет | 2 *Если нет, перейдите к T8* | |
| В настоящее время потребляете ли Вы **ежедневно** табачные изделия? | Да | 1 | | T2 |
| Нет | 2 | |
| В каком возрасте Вы **в первый раз закурили**? | Возраст (годы) | **└─┴─┘** | *Если известно, перейдите к T5a/Т5aw* | T3 |
| *Не помню 77* |
| Помните ли Вы, как давно это было?  *(УКАЖИТЕ ТОЛЬКО ОДИН ВАРИАНТ, НЕ ВСЕ 3)*  Не знаю 77 | Сколько лет назад | *Если известно, перейдите*  **└─┴─┘** *к T5a/T5aw* | | T4a |
| ИЛИ месяцев | *Если известно, перейдите*  **└─┴─┘** *к T5a/T5aw* | | T4b |
| ИЛИ недель | **└─┴─┘** | | T4c |
| **Какое количество** следующих табачных изделий, в среднем, Вы потребляете **ежедневно/в неделю**?  (ЕСЛИ РЕЖЕ ЧЕМ ЕЖЕДНЕВНО, УКАЖИТЕ В НЕДЕЛЮ)  *(УКАЖИТЕ КОЛИЧЕСТВО ПО КАЖДОМУ ВИДУ ИЗДЕЛИЙ, ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКУ ПО ПОТРЕБЛЕНИЮ ТАБАКА)*  Не знаю *7777* | ЕЖЕДНЕВНО**↓** В НЕДЕЛЮ (W)↓ | | | |
| Промышленно произведенные сигареты | └─┴─┴─┴**─┘**└─┴─┴─┴**─┘** | | T5a/T5aw |
| Сигареты, папиросы, скрученные вручную | └─┴─┴─┴**─┘**└─┴─┴─┴**─┘** | | T5b/T5bw |
| Трубки, набитые табаком | └─┴─┴─┴**─┘**└─┴─┴─┴**─┘** | | T5c/T5cw |
| Сигары, манильские сигары и сигариллы | └─┴─┴─┴**─┘**└─┴─┴─┴**─┘** | | T5d/T5dw |
| Кальянные сессии (один раз заряженный кальян) | └─┴─┴─┴**─┘**└─┴─┴─┴**─┘** | | T5e/T5ew |
| Другие | └─┴─┴─┴**─┘**└─┴─┴─┴**─┘** *Если Другие, перейдите к Т5othw, иначе перейдите к Т6* | | T5f/T5fw |
| Другие (укажите какие): |  | | T5 oth/  T5 othw |
| Пытались ли Вы в течение последних 12 месяцев **бросить курить**? | Да | 1 | | T6 |
| Нет | 2 | |
| В течение последних 12 месяцев во время любого визита к врачу или другому медицинскому работнику советовали ли Вам прекратить курить? | Да | 1 *Если да, перейдите к T12* | | T7 |
| Нет | 2 *Если нет, перейдите к T12* | |
| В течение последних 12 месяцев у врача **не был** | 3 *Если не был, перейдите к T12* | |
| Курили ли Вы в прошлом какие-либо табачные  изделия?  *(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКУ ПО ПОТРЕБЛЕНИЮ ТАБАКА)* | Да | 1 | | T8 |
| Нет | 2 *Если нет, перейдите к T12* | |
| **В прошлом** курили ли Вы **ежедневно** какие-либо табачные изделия? | Да | 1 | | T9 |
| Нет | 2 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Потребление табака (продолжение)** | | | | |
| **Вопрос** | **Ответ** | | | **Код** |
| Сколько Вам было лет, когда Вы **бросили** курить? | Возраст (годы) | | **└─┴─┘** *Если известно, перейдите к T12* | T10 |
| *Не помню 77* | |
| **Как давно** Вы бросили курить?  *(УКАЖИТЕ ТОЛЬКО ОДИН ВАРИАНТ, НЕ ВСЕ 3)*  *Не помню 77* | лет назад | | **└─┴─┘** *Если известно, перейдите к T12* | T11a |
| ИЛИ месяцев назад | | **└─┴─┘** *Если известно, перейдите к T12* | T11b |
| ИЛИ недель назад | | **└─┴─┘** | T11c |
| Употребляете ли Вы в настоящее время какие- либо некурительные табачные изделия, например нюхательный и жевательный табак, бетель, насвай? | Да | | 1 | T12 |
| Нет | | 2 *Если нет, перейдите к T17* |
| Употребляете ли Вы в настоящее время  некурительные табачные изделия ежедневно? | Да | | 1 | T13 |
| Нет | | 2 |
| В течение прошедших 30 дней курил ли кто-нибудь **в помещении, где вы живете**? | Да | | 1 | T17 |
| Нет | | 2 |
| В течение прошедших 30 дней курил ли кто-нибудь в помещении, где вы работаете (в здании, в рабочей зоне или в служебных помещениях)? | Да | | 1 | T18 |
| Нет | | 2 |
| В закрытом помещении  **не работаю** | | 3 |
| **Использование электронных сигарет** | | | | |
| Под электронными сигаретами (электронная сигарета, «Вэйп», электронные трубки и др.) подразумевают любой прибор состоящий из батарейного блока и никотин-содержащего испарителя. | | | | |
| В настоящее время используете ли Вы электронные сигареты? | Да | 1 | | T19X |
| Нет | 2 *Если нет, перейдите к T22X* | |
| В каком возрасте Вы **в первый раз начали использовать электронные сигареты**?  Не помню 77 | Возраст (годы) | *Если известно, перейдите*  **└─┴─┘** *к А1* | | T20X |
| Как давно Вы начали использовать электронные сигареты?  *(УКАЖИТЕ ТОЛЬКО ОДИН ВАРИАНТ, НЕ ВСЕ 3)*  Не знаю 77 | Сколько лет назад | *Если известно, перейдите*  **└─┴─┘** *к А1* | | T21Xa |
| ИЛИ месяцев | *Если известно, перейдите*  **└─┴─┘** *к А1* | | T21Xb |
| ИЛИ недель | *Если известно, перейдите*  **└─┴─┘** *к А1* | | T21Xc |
| Использовали ли Вы **в прошлом электронные сигареты**? | Да | 1 | | T22X |
| Нет | 2 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Вредное употребление алкоголя** | | | | |
| Следующие вопросы будут посвящены употреблению алкоголя | | | | |
| **Вопрос** | **Ответ** | | | **Код** |
| Употребляли ли Вы **когда-либо** любой вид алкоголя, например пиво, вино, крепкие спиртные напитки или *самогон, настойки и др.*  *(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКУ ПО УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ)* | Да | | 1 | A1 |
| Нет | | 2  *Если Нет, перейдите к А16* |
| Употребляли ли Вы какой-либо алкоголь в течение **последних 12 месяцев**? | Да | | 1  *Если Да, перейдите к A4* | A2 |
| Нет | | 2 |
| Прекращали ли Вы употребление алкоголя по причине его негативного влияние на Ваше здоровье или по совету врача или другого медицинского работника? | Да | | 1 *Если Да, перейдите к A16* | A3 |
| Нет | | 2 *Если Нет, перейдите к A16* |
| За последние 12 месяцев **как часто** Вы выпивали хотя бы 1 порцию алкоголя?  *(ПРОЧИТАЙТЕ ОТВЕТЫ,*  *ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКУ ПО УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ)* | Ежедневно | | 1 | A4 |
| 5-6 дней в неделю | | 2 |
| 3-4 дня в неделю | | 3 |
| 1-2 дня в неделю | | 4 |
| 1-3 дня в месяц | | 5 |
| Менее одного раза в месяц | | 6 |
| Никогда | | 7 *Если Нет, перейдите к A16* |
| Потребляли ли Вы алкоголь **за последние 30 дней**? | Да | | 1 | A5 |
| Нет | | 2 *Если Нет, перейдите к A13* |
| За последние 30 дней**, сколько раз** Вы выпивали хотя бы 1 порцию алкоголя? | Сколько раз  *Не знаю 77* | └─┴─┘ *Если 0, перейдите к A13* | | A6 |
| За последние 30 дней, **в среднем,** сколько порций любого алкогольного напитка Вы выпивали в каждом случае?  *(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКУ ПО УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ)* | Количество  Не знаю 77 | | └─┴─┘ | A7 |
| Какое **наибольшее количество** порций  алкоголя Вы принимали за один случай в течение  последних 30 дней, учитывая все виды алкогольных напитков вместе? | Наибольшее количество  Не знаю 77 | | └─┴─┘ | A8 |
| За последние 30 дней сколько раз Вы выпивали 6 и более порций за 1 случай? | Сколько раз Не знаю 77 | | └─┴─┘ | A9 |
| Сколько порций любого алкогольного напитка Вы употребляли в течение каждого дня за **последние 7 дней**?  *(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКУ ПО УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ)*  Не знаю *77* | Понедельник | | └─┴─┘ | A10a |
| Вторник | | └─┴─┘ | A10b |
| Среда | | └─┴─┘ | A10c |
| Четверг | | └─┴─┘ | A10d |
| Пятница | | └─┴─┘ | A10e |
| Суббота | | └─┴─┘ | A10f |
| Воскресенье | | └─┴─┘ | A10g |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Вредное употребление алкоголя, продолжение** | | | | |
| Я только что спрашивал(а) Вас об употреблении алкоголя в течение последних 7 дней. Эти вопросы были про употребление алкоголя в целом, а следующие вопросы относятся к употреблению Вами алкоголя домашнего приготовления; алкоголя, привезённого из-за границы; различного вида алкоголя, не предназначенного для употребления внутрь или других видов алкоголя, не облагаемых акцизным налогом. Пожалуйста, при ответе на вопросы имейте в виду только эти виды алкоголя. | | | | |
| **Вопрос** | **Ответ** | | | **Код** |
| **За последние 7 дней** употребляли ли Вы алкоголь **домашнего приготовления**, любой вид алкоголя, **привезённый из-за границы,** любой вид алкоголя, **не предназначенный для употребления внутрь** или другие виды алкоголя, **не облагаемые акцизным налогом**? | Да | 1 | | A11 |
| Нет | 2 Если Нет, перейдите к *A13* | |
| **За последние 7 дней** **сколько порций** вышеперечисленных спиртосодержащих напитков или растворов Вы выпивали в среднем?    *(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКУ ПО УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ)*  *Не знаю 77* | Спирт домашнего приготовления, например, самогон | | **└─┴─┘** | A12a |
| Пиво или вино домашнего приготовления, например, пиво, пальмовое или домашнее вино | | **└─┴─┘** | A12b |
| Алкоголь, привезённый из-за границы/ из другой страны | | **└─┴─┘** | A12c |
| Спиртосодержащие растворы, не предназначенные для потребления внутрь, например, спиртосодержащие лекарственные средства, парфюмерные изделия, средства после бритья | | **└─┴─┘** | A12d |
| Другие виды алкоголя, не облагаемые акцизным налогом в стране | | **└─┴─┘** | A12e |
| В течение **последних 12 месяцев** как часто Вы оказывались в ситуации, когда Вы начали принимать алкоголь и не могли остановиться?  (ВЫБЕРИТЕ ТОЛЬКО ОДИН ВАРИАНТ) | Ежедневно или почти ежедневно | | 1 | A13 |
| Еженедельно | | 2 |
| Ежемесячно | | 3 |
| Реже чем раз в месяц | | 4 |
| Никогда | | 5 |
| В течение **последних 12 месяцев** как часто из-за употребления алкоголя Вы были не в состоянии сделать то, что обычно от Вас ожидается?  (ВЫБЕРИТЕ ТОЛЬКО ОДИН ВАРИАНТ) | Ежедневно или почти ежедневно | | 1 | A14 |
| Еженедельно | | 2 |
| Ежемесячно | | 3 |
| Реже чем раз в месяц | | 4 |
| Никогда | | 5 |
| В течение **последних 12 месяцев** как часто Вам необходимо было выпить с утра, чтобы прийти в себя после тяжелой пьянки /запоя?  (ВЫБЕРИТЕ ТОЛЬКО ОДИН ВАРИАНТ) | Ежедневно или почти ежедневно | | 1 | A15 |
| Еженедельно | | 2 |
| Ежемесячно | | 3 |
| Реже чем раз в месяц | | 4 |
| Никогда | | 5 |
| В течение **последних 12 месяцев** были ли у Вас проблемы в семье или с Вашим партнером из-за употребления алкоголя **кем-то другим**?  (ВЫБЕРИТЕ ТОЛЬКО ОДИН ВАРИАНТ) | Да, более чем раз в месяц | | 1 | A16 |
| Да, ежемесячно | | 2 |
| Да, несколько раз, но реже чем раз в месяц | | 3 |
| Да, 1-2 раза | | 4 |
| Никогда | | 5 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Рацион питания** | | | | | |
| **Потребление овощей и фруктов** | | | | | |
| *Следующие вопросы касаются потребления фруктов и овощей в обычном рационе питания. У меня есть карточки по питанию, на которых продемонстрированы примеры местных фруктов и овощей. На каждой картинке представлен размер порции. При ответе на данные вопросы, пожалуйста, думайте про обычную неделю за последний год.* | | | | | |
| **Вопрос** | **Ответ** | | | **Код** | |
| Сколько дней в типичную неделю Вы обычно **потребляете фрукты**?  *(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКУ ПО РАЦИОНУ ПИТАНИЯ)* | Количество дней  Не знаю 77 | *└─┴─┘ Если 0 дней, перейдите к D3* | | D1 | |
| Сколько **порций** фруктов Вы потребляете за **один** из таких дней?  *(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКУ ПО РАЦИОНУ ПИТАНИЯ)* | Количество порций  Не знаю 77 | └─┴─┘ | | D2 | |
| Сколько дней в типичную неделю Вы обычно **потребляете овощи**?  *(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКУ ПО РАЦИОНУ ПИТАНИЯ)* | Количество дней  Не знаю 77 | *└─┴─┘ Если 0 дней, перейдите к D5* | | D3 | |
| Сколько **порций** овощей Вы потребляете за **один** из таких дней?  *(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКУ ПО РАЦИОНУ ПИТАНИЯ)* | Количество порций  Не знаю 77 | └─┴─┘ | | D4 | |
| **Потребление соли** | | | | | |
| С помощью следующих вопросов, мы хотели бы узнать больше о Вашем потреблении соли. Понятие соли в рационе питания включает обычную столовую соль, морскую соль, йодированную соль, соль в бульонных кубиках и порошке, а также соленые соусы, такие как соевый соус или рыбный соус (см. карточки по повышенному потреблению соли). Некоторые вопросы касаются добавления соли в пищу непосредственно перед ее употреблением, способов приготовления пищи в домашних условиях, потребления готовых продуктов с высоким содержанием соли, такими как [маринады, соленья, орехи, чипсы и т.д.], а также контроля потребления соли. Пожалуйста, ответьте на вопросы, даже если Вы считаете, что в Вашем рационе питания потребление соли низкое. | | | | | |
| Как часто Вы **добавляете соль или соленый соус, например, соевый соус**, в пищу непосредственно перед тем, как ее съесть или во время еды?  (ВЫБЕРИТЕ ТОЛЬКО ОДИН ВАРИАНТ)  *(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКУ ПО ПОВЫШЕННОМУ ПОТРЕБЛЕНИЮ СОЛИ)* | Всегда | | 1 | | D5 |
| Часто | | 2 | |
| Иногда | | 3 | |
| Редко | | 4 | |
| Никогда | | 5 | |
| Не знаю | | 77 | |
| Как часто в Вашей семье при приготовлении пищи добавляют **соль или соленую приправу или соленый соус**?  (ВЫБЕРИТЕ ТОЛЬКО ОДИН ВАРИАНТ)  *(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКУ ПО ПОВЫШЕННОМУ ПОТРЕБЛЕНИЮ СОЛИ)* | Всегда | | 1 | | D6 |
| Часто | | 2 | |
| Иногда | | 3 | |
| Редко | | 4 | |
| Никогда | | 5 | |
| Не знаю | | 77 | |
| Как часто Вы едите **готовые продукты с высоким содержанием соли**? Под продуктами с высоким содержанием соли подразумеваются продукты, подвергшиеся обработке. Например, упакованные соленые закуски (орехи, сухарики и др.), консервированная пища, включая соленья и консервы, соленые блюда, приготовленные в ресторане быстрого питания, сыр в рассоле, бекон и готовые мясные продукты, сало, рыба соленая, копченая, сушеная.  *(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКУ ПО ПОВЫШЕННОМУ ПОТРЕБЛЕНИЮ СОЛИ)* | Всегда | | 1 | | D7 |
| Часто | | 2 | |
| Иногда | | 3 | |
| Редко | | 4 | |
| Никогда | | 5 | |
| Не знаю | | 77 | |
| Как Вы думаете, **сколько соли или соленого соуса** Вы потребляете?  (ВЫБЕРИТЕ ТОЛЬКО ОДИН ВАРИАНТ) | Слишком много | | 1 | | D8 |
| Много | | 2 | |
| В самый раз | | 3 | |
| Мало | | 4 | |
| Слишком мало | | 5 | |
| Не знаю | | 77 | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Рацион питания** | | | | | |
| **Вопрос** | **Ответ** | | | | **Код** |
| Насколько важным для Вас является **снижение потребления соли** в рационе | Очень важно | 1 | | | D9 |
| Достаточно важно | 2 | | |
| Совсем не важно | 3 | | |
| Не знаю | 77 | | |
| Как Вы думаете, может ли повышенное потребление Вами соли быть **причиной проблем со здоровьем**? | Да | 1 | | | D10 |
| Нет | 2 | | |
| Не знаю | 77 | | |
| Что Вы делаете регулярно для **контроля потребления соли**? (ДАЙТЕ ОТВЕТ НА КАЖДОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ) | | | | | |
| Ограничиваю потребление готовых продуктов | Да | 1 | | | D11a |
| Нет | 2 | | |
| Смотрю содержание соли или хлорида натрия на продуктовых этикетках | Да | 1 | | | D11b |
| Нет | 2 | | |
| Покупаю альтернативные продукты с низким содержанием соли или хлорида натрия | Да | 1 | | | D11c |
| Нет | 2 | | |
| Использую различные, кроме соли, специи для приготовления пищи | Да | 1 | | | D11d |
| Нет | 2 | | |
| Не потребляю продукты, приготовленные вне дома | Не потребляю | 1 | | | D11e |
| Употребляю | 2 | | |
| Другие действия для контроля потребления соли | Да | 1 | | *Если да, перейдите к D11oth* | D11f |
| Нет | 2 | | |
| Другие (укажите какие) |  | | | | D11oth |
| **Потребление жиров** | | | | | |
| *Следующие вопросы, касаются масла или жира, которые чаще всего используются для приготовления пищи в Вашем доме, и о пище, которую Вы потребляете вне дома.* | | | | | |
| Какой вид **растительных или животных жиров чаще всего** используется для приготовления пищи в Вашей семье?  *(ВЫБЕРИТЕ ТОЛЬКО ОДИН ОТВЕТ)* | Растительное масло | 1 | | | D12 |
| Свиной и нутряной жир | 2 | | |
| Сливочное масло или топленое масло | 3 | | |
| Маргарин | 4 | | |
| Другой | 5 *Если другой, перейдите к*  *D12oth* | | |
| Ни один не преобладает | 6 | | |
| Масло и жир не используются | 7 | | |
| Не знаю | 77 | | |
| Другой (укажите какой) |  | | | D12oth |
| В среднем, сколько раз в неделю Вы потребляете пищу, приготовленную вне дома (ресторан, столовая, кафе и т.д.)? Подразумевается завтрак, обед и ужин. | Количество раз  Не знаю | └─┴─┘  77 | | | D13 |
| *Следующий вопрос, касается потребления рыбы в обычном рационе питания* | | | | | |
| Как часто Вы едите рыбу (порция)? | Ежедневно или несколько раз в неделю | | 1 | | D14 |
| Один раз в неделю | | 2 | |
| Несколько раз в месяц | | 3 | |
| Один раз в месяц или реже | | 4 | |
| Практически не потребляю | | 5 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Физическая активность** | | | |
| Дальше я хочу спросить Вас о времени, когда Вы занимаетесь разными типами физической активности в типичную неделю. Пожалуйста, ответьте на эти вопросы, даже если Вы не считаете себя физически активным человеком.  В первую очередь подумайте о времени, которое у Вас уходит на выполнение работы. Под работой подразумевается оплачиваемый или неоплачиваемый труд, обучение/образование, работа по дому, сбор урожая, рыбалка или охота с целью добычи пищи, поиск работы. При ответе на следующие вопросы имейте в виду, что «высокоинтенсивная деятельность» – это активность, при которой необходимо затрачивать много физических усилий и которая вызывает значительное учащение дыхания или сердцебиения; «активность умеренной интенсивности» – деятельность, при которой необходимо прилагать умеренные физические усилия и которая вызывает умеренное учащение дыхания или сердцебиения. | | | |
| **Вопрос** | **Ответ** | | **Код** |
| **Повседневная активность** | | | |
| Требует ли Ваша работа высокоинтенсивной деятельности, при которой значительно учащается дыхание или пульс [*например, поднятие тяжелых грузов, земляные или строительные работы]* и которая длится непрерывно, по меньшей мере, 10 минут?  *(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКИ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ)* | Да | 1 | P1 |
| Нет | 2 *Если нет, перейдите к P4* |
| Сколько дней в типичную неделю Вы обычно занимаетесь высокоинтенсивным физическим трудом на работе? | Количество дней | └─┘ | P2 |
| Сколько времени в один из таких дней Вы обычно занимаетесь на работе высокоинтенсивной физической деятельностью? | Часы : минуты | └─┴─┘: └─┴─┘  часов минут | P3 (a-b) |
| Требует ли Ваша работа среднеинтенсивной деятельности, при которой немного учащается дыхание или пульс *[например, быстрая ходьба или поднятие небольших грузов*] и которая длится непрерывно, по меньшей мере, 10 минут?  *(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКИ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ)* | Да | 1 | P4 |
| Нет | 2 *Если нет, перейдите к P7* |
| Сколько дней в типичную неделю Вы обычно занимаетесь среднеинтенсивной деятельностью на работе? | Количество дней | └─┘ | P5 |
| Сколько времени в один из таких дней Вы обычно занимаетесь среднеинтенсивной физической деятельностью на работе? | Часы: минуты | └─┴─┘: └─┴─┘  часов минут | P6 (a-b) |
| **Передвижение** | | | |
| Следующие вопросы исключают физическую нагрузку на работе, о которой Вы уже говорили. Теперь хотелось бы узнать о том, как Вы обычно добираетесь, например, на работу, в магазины, на рынок, в места поклонения, и как потом возвращаетесь обратно. | | | |
| Ходите ли Вы пешком или используете велосипед (педальный вид транспорта) непрерывно в течение не менее 10 минут в качестве средства передвижения с места на место? | Да | 1 | P7 |
| Нет | *Если нет, перейдите к P10* |
| Сколько дней в типичную неделю Вы обычно ходите пешком или ездите на велосипеде непрерывно в течение не менее 10 минут, чтобы добраться до другого места? | Количество дней | └─┘ | P8 |
| Сколько времени в один из таких дней Вы обычно уделяете ходьбе пешком или езде на велосипеде? | Часы: минуты | └─┴─┘: └─┴─┘  часов минут | P9 (a-b) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Активный досуг** | | | |
| Следующие вопросы исключают деятельность, связанную с работой и передвижением, о которых Вы уже говорили.  Теперь мне хотелось бы узнать о Ваших занятиях спортом, физическими упражнениями и о Вашем активном досуге | | | |
| **Вопрос** | **Ответ** | | **Код** |
| Занимаетесь ли Вы непрерывно в течение, по меньшей мере, 10 минут спортом, активным досугом или физическими упражнениями с высокой нагрузкой на организм, при которых значительно учащается дыхание или пульс *[например, бег или футбол*]?  *(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКИ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ)* | Да | 1 | P10 |
| Нет | 2  *Если нет, перейдите к P13* |
| Сколько дней в типичную неделю Вы обычно занимаетесь спортом, физическими упражнениями или активным досугом высокоинтенсивного характера? | Количество дней | └─┘ | P11 |
| Сколько времени в один из таких дней Вы обычно занимаетесь спортом, физическими упражнениями или активным досугом высокоинтенсивного характера? | Часы : минуты | └─┴─┘: └─┴─┘  часов минут | P12  (a-b) |
| Занимаетесь ли Вы непрерывно в течение, по меньшей мере, 10 минут спортом, активным досугом или физическими упражнениями с умеренной нагрузкой на организм, при которых незначительно учащается дыхание или пульс *[например, быстрая ходьба, езда на велосипеде, плавание, волейбол*]?  *(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКИ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ)* | Да | 1 | P13 |
| Нет | 2 *Если нет, перейдите к P16* |
| Сколько дней в типичную неделю Вы обычно занимаетесь спортом, физическими упражнениями или активным досугом среднеинтенсивного характера? | Количество дней | └─┘ | P14 |
| Сколько времени в один из таких дней Вы обычно занимаетесь спортом, физическими упражнениями или активным досугом среднеинтенсивного характера? | Часы : минуты | └─┴─┘: └─┴─┘  часов минут | P15 (a-b) |
| **Сидячий образ жизни** | | | |
| Следующий вопрос касается нахождения в сидячем или полулежачем положении на работе, дома, при передвижении с места на место, включая время, проведенное сидя за столом, сидя с друзьями, во время поездки в автомобиле, автобусе, поезде, во время чтения, игры в карты или просмотра телевидения, но исключая время сна. *[ПРИВЕДИТЕ ПРИМЕРЫ]* | | | |
| Сколько времени в обычный день Вы обычно проводите в положении сидя или полулежа? | Часы : минуты | └─┴─┘: └─┴─┘  часов минут | P16  (a-b) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **История повышенного артериального давления** | | | |
| **Вопрос** | **Ответ** | | **Код** |
| Измерял ли Вам **когда-либо** врач или другой медицинский работник артериальноедавление? | Да | 1 | H1 |
| Нет | 2Если Нет, перейдите к *H6* |
| Говорил ли Вам **когда-либо** врач или другой медицинский работник, что у Вас повышенное артериальное давление или гипертония? | Да | 1 | H2a |
| Нет | 2 Если Нет, перейдите к *H6* |
| В течение последних 12 месяцев Вы **впервые** узнали от врача или другого медицинского работника, что у Вас повышенное артериальное давление или гипертония? | Да | 1 | H2b |
| Нет | 2 |
| В течение последних 2 недель принимали ли Вы какие-либо лекарства (медицинские препараты) от повышенного артериального давления, выписанные врачом или другим медицинским сотрудником? | Да | 1 | H3 |
| Нет | 2 Если Нет, перейдите к *H4* |
| Укажите, пожалуйста, какие это препараты.  (ТОРГОВЫЕ НАИМЕНОВАНИЯ) |  | | H3a |
| Обращались ли Вы когда-либо к народным целителям по поводу повышенного артериального давления или гипертонии? | Да | 1 | H4 |
| Нет | 2 |
| Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарственные травы или народные средства для лечения повышенного артериального давления? | Да | 1 | H5 |
| Нет | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **История диабета** | | | | | | | |
| Измерял ли Вам когда-либо врач или другой медицинский работник уровень сахара в крови? | Да | | | 1 | | H6 | |
| Нет | | | 2Если нет, перейдите к *H12* | |
| Говорил ли Вам когда-либо врач или другой медицинский работник, что у Вас повышен уровень сахара в крови, или что у Вас диабет? | Да | | | 1 | | H7a | |
| Нет | | | 2 Если нет, перейдите к *H12* | |
| В течение последних 12 месяцев Вы **впервые** узнали от врача или другого медицинского работника, что у Вас повышен уровень сахара в крови, или что у Вас диабет? | Да | | | 1 | | H7b | |
| Нет | | | 2 | |
| В течение последних 2 недель принимали ли Вы какие-либо лекарственные средства (медицинские препараты) от диабета, назначенные врачом или другим медицинским работником? | Да | | | 1 | | H8 | |
| Нет | | | 2 Если нет, перейдите к *H10* | |
| Укажите, пожалуйста, какие это препараты.  (ТОРГОВЫЕ НАИМЕНОВАНИЯ) |  | | | | | H8a | |
| Принимаете ли Вы в настоящее время инсулин для лечения диабета, назначенный врачом или другим медицинским работником? | Да | | | 1 | | H9 | |
| Нет | | | 2 | |
| Обращались ли Вы когда-либо к народным целителям по поводу диабета или повышенного уровня сахара в крови? | Да | | | 1 | | H10 | |
| Нет | | | 2 | |
| Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарственные травы или народные средства для лечения диабета? | Да | | | 1 | | H11 | |
| Нет | | | 2 | |
| **История повышенного общего холестерина** | | | | | | | | |
| **Вопрос** | | **Ответ** | | | | | **Код** | |
| Измерял ли Вам когда-либо врач или другой медицинский работник уровень холестерина (уровень липидов в крови)? | | Да | 1 | | | | H12 | |
| Нет | 2 Если нет, перейдите к *H17* | | | |
| Говорил ли Вам когда-либо врач или другой медицинский работник, что у Вас повышенный уровень холестерина? | | Да | 1 | | | | H13a | |
| Нет | 2 Если нет, перейдите к *H17* | | | |
| В течение последних 12 месяцев Вы **впервые** узнали от врача или другого медицинского работника, что у Вас повышенный уровень холестерина? | | Да | 1 | | | | H13b | |
| Нет | 2 | | | |
| В течение последних двух недель принимали ли Вы препараты (лекарства) от повышенного холестерина, выписанные врачом или другим медицинским работником? | | Да | 1 | | | | H14 | |
| Нет | 2 Если нет, перейдите к *H15* | | | |
| Укажите, пожалуйста, какие это препараты.  (ТОРГОВЫЕ НАИМЕНОВАНИЯ) | |  | | | | | H14a | |
| Обращались ли Вы когда-либо к народным целителям по поводу повышенного холестерина? | | Да | | | 1 | | H15 | |
| Нет | | | 2 | |
| Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарственные травы или народные средства для лечения повышенного холестерина? | | Да | | | 1 | | H16 | |
| Нет | | | 2 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **История сердечно-сосудистых заболеваний** | | | | |
| Был ли у Вас когда-либо сердечный приступ или боль в груди в связи с сердечным заболеванием (стенокардия)? | Да | | 1 | H17a |
| Нет | | 2 |
| Был ли у Вас когда-либо инсульт? | Да | 1 | | H17b |
| Нет | 2 | |
| Была ли у Вас боль или неприятные ощущения в области грудной клетки? | Да | | 1 | H17xc |
| Нет | | 2 *Если нет, перейдите к H17xf* |
| Возникают ли у Вас эти ощущения, когда Вы идете в гору или при быстрой ходьбе? | Да | | 1 | H17xd |
| Нет | | 2 |
| Появляются ли у Вас эти ощущения при обычной ходьбе по ровному месту? | Да | | 1 | H1xe |
| Нет | | 2 |
| Была ли у Вас когда-либо сильная боль, пронизывающая грудную клетку спереди назад и продолжавшаяся полчаса или более? | Да | | 1 | H17xf |
| Нет | | 2 Если нет, перейдите к *H18* |
| Вы обращались к врачу по поводу этих болей? | Да | | 1 | H17xg |
| Нет | | 2 Если нет, перейдите к *H18* |
| Какой диагноз поставил врач? | Инфаркт миокарда | | 1 | H17xh |
| Другой | | 2 Если другое, перейдите к *H17xoth* |
| Другой (укажите какой) | |  | H17xoth |
| В настоящее время принимаете ли Вы регулярно антитромбоцитарные препараты (ацетилсалициловая кислота, клопидогрель) в целях профилактики или лечения заболеваний сердца? | Да | | 1 | H18 |
| Нет | | 2 |
| Не знаю | | 7 |
| В настоящее время принимаете ли Вы регулярно статины (ловастатин/ симвастатин / аторвастатин или другие статины) в целях профилактики или лечения заболеваний сердца? | Да | | 1 | H19 |
| Нет | | 2 |
|  | Не знаю | | 7 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отношение к здоровому образу жизни** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Вопрос** | | | | **Ответ** | | | | | | | | | | **Код** | |
| В течение последних 12 месяцев, посещали ли Вы врача или другого медицинского работника? | | | | Да | | | 1 | | | | | | | H20 | |
| Нет | | | 2 Если нет, перейдите к H21xa | | | | | | |
| В течение последних трех лет, рекомендовал ли врач или другой медицинский работник Вам делать что-либо из нижеперечисленного? (ДАЙТЕ ОТВЕТ НА КАЖДОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Прекратить потребление табачной продукции или вовсе не начинать | | | | Да | | | | | 1 | | | | | H20a | |
| Нет | | | | | 2 | | | | |
| Уменьшить потребление соли в еде | | | | Да | | | | | 1 | | | | | H20b | |
| Нет | | | | | 2 | | | | |
| Ежедневно потреблять минимум пять порций фруктов и/или овощей | | | | Да | | | | | 1 | | | | | H20c | |
| Нет | | | | | 2 | | | | |
| Уменьшить потребление жиров в еде | | | | Да | | | | | 1 | | | | | H20d | |
| Нет | | | | | 2 | | | | |
| Начать заниматься спортом или увеличить количество физической активности | | | | Да | | | | | 1 | | | | | H20e | |
| Нет | | | | | 2 | | | | |
| Поддерживать нормальный (здоровый) вес тела или похудеть | | | | Да | | | | | 1 |  | | | | H20f | |
| Нет | | | | | 2 |
| Сократить потребление сладких напитков в рационе | | | | Да | | | 1 | | | | | | | H20g | |
| Нет | | | 2 | | | | | | |
| Как Вы считаете, что включает в себя понятие «Здоровый образ жизни»? (ДАЙТЕ ОТВЕТ НА КАЖДОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полный отказ от курения табака | | | | Да | | | | | 1 | | | | | H21xa | |
| Нет | | | | | 2 | | | | |
| Отказ от злоупотребления алкогольными напитками | | | | Да | | | | | 1 | | | | | H21xb | |
| Нет | | | | | 2 | | | | |
| Контроль количества потребляемой пищи (избегание избыточного питания) | | | | Да | | | | | 1 | | | | | H21xс | |
| Нет | | | | | 2 | | | | |
| Сбалансированное питание (употребление разнообразной пищи, наличие необходимых витаминов и минералов и пр.) | | | | Да | | | | | 1 | | | | | H21xd | |
| Нет | | | | | 2 | | | | |
| Контроль количества потребляемой соли | | | | Да | | | | | 1 | | | | | H21e | |
| Нет | | | | | 2 | | | | |
| Физически активная жизнь с учетом возрастных и физиологических особенностей организма | | | | Да | | | | | 1 | | | | | H21xf | |
| Нет | | | | | 2 | | | | |
| Регулярное прохождение профилактических медицинских осмотров | | | | Да | | | | | 1 | | | | | H21xg | |
| Нет | | | | | 2 | | | | |
| Соблюдение правил личной гигиены | | | | Да | | | | | 1 | | | | | H21xh | |
| Нет | | | | | 2 | | | | |
| Другое (укажите какое) | | | |  | | | | | | | | | | H21xi | |
| **Отношение к здоровому образу жизни (продолжение)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Вопрос** | **Ответ** | | | | | | | | | | | **Код** | | |
| **Какую рекламу о здоровом образе жизни Вы видели/слышали и как часто?**  *(ЗА ПОСЛЕДНИЙ МЕСЯЦ/ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД)*  Не знаю *777*  *Отказ от ответа 999* | МЕСЯЦ **↓** ГОД ↓ | | | | | | | | | | | | | |
| Против курения | | | | | └─┴─┴**─┘**└─┴─┴**─┘** | | | | | | H22xam/ H22xay | | |
| Против злоупотребления алкоголя | | | | | └─┴─┴**─┘**└─┴─┴**─┘** | | | | | | H22xbm/ H22xby | | |
| Против наркотиков | | | | | └─┴─┴**─┘**└─┴─┴**─┘** | | | | | | H22xcm/ H22xcy | | |
| За повышение физической активности (фитнес, приглашение в путешествия, кроме пляжного отдыха) | | | | | └─┴─┴**─┘**└─┴─┴**─┘** | | | | | | H22xdm/ H22xdy | | |
| За здоровое питание | | | | | └─┴─┴**─┘**└─┴─┴**─┘** | | | | | | H22xem/ H22xey | | |
| За ограничение потребление соли | | | | | └─┴─┴**─┘**└─┴─┴**─┘** | | | | | | H22xfm/ H22xfy | | |
| Другая | | | | | └─┴─┴**─┘**└─┴─┴**─┘** *Если Другая, перейдите к H22xoth «Другая», иначе перейдите к H23xa* | | | | | | H22xgm/ H22xgy | | |
| Другая (укажите какая): | | | | |  | | | | | | H22xoth | | |
| **Где Вы увидели/услышали эту реклама?** (ДАЙТЕ ОТВЕТ НА КАЖДОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ) | | | | | | | | | | | |  | | |
| По телефону | Да | | | | 1 | | | | | | | H23xa | | |
| Нет | | | | 2 | | | | | | |
| По телевидению | Да | | | | 1 | | | | | | | H23xb | | |
| Нет | | | | 2 | | | | | | |
| По радио (включая радио в автомобиле) | Да | | | | 1 | | | | | | | H23xс | | |
| Нет | | | | 2 | | | | | | |
| По интернету | Да | | | | 1 | | | | | | | H23xd | | |
| Нет | | | | 2 | | | | | | |
| В кинотеатре перед фильмом | Да | | | | 1 | | | | | | | H23xe | | |
| Нет | | | | 2 | | | | | | |
| На баннере в транспорте | Да | | | | 1 | | | | | | | H23xf | | |
| Нет | | | | 2 | | | | | | |
| На баннере или перетяжке на улице | Да | | | | 1 | | | | | | | H23xg | | |
| Нет | | | | 2 | | | | | | |
| На пачке сигарет или бутылке вина; на полиэтиленовом пакете для продуктов | Да | | | | 1 | | | | | | | H23xh | | |
| Нет | | | | 2 | | | | | | |
| Другое | Да | | | | 1 *Если Да, перейдите к H23xj, иначе перейдите к H24x* | | | | | | | H23xi | | |
| Нет | | | | 2 | | | | | | |
| Другое (укажите где) | | | | | | | | | | | | H23xj | | |
| О чем была реклама (укажите) |  | | | | | | | | | | | H24x | | |
| **Отношение к здоровому образу жизни (продолжение)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Вопрос** | | | **Ответ** | | | | | | | | | | **Код** | | | |
| **Сколько примерно времени Вы смотрите рекламу о здоровом образе жизни по ТВ/интернету, слушаете по радио?**  (ЗАЧИТАЙТЕ ВСЕ ВАРИАНТЫ)  (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИЙ ВАРИАНТ) | | | Смотрю/слушаю весь рекламный ролик | | | | | | | | 1 | | H25x | | | |
| Только начало, чтобы понять, о чем реклама | | | | | | | | 2 | |
| Минуты 3-5 не более | | | | | | | | 3 | |
| Переключаю канал сразу, как начинается реклама | | | | | | | | 4 | |
| Реклама идет как фон, т.е. не прислушиваюсь/специально не смотрю | | | | | | | | 5 | |
| Затрудняюсь ответить | | | | | | | | 7 | |
| Отказ от ответа | | | | | | | | 9 | |
| **Смотрите ли Вы программы о здоровье по ТВ?**  (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИЙ ВАРИАНТ) | | | Часто | | | | | | | | 1 | | H26x | | | |
| Иногда | | | | | | | | 2 | |
| Чаще не смотрю, чем смотрю | | | | | | | | 3 | |
| Не смотрю никогда | | | | | | | | 4 → *H27x* | |
| Затрудняюсь ответить | | | | | | | | 7 | |
| Отказ от ответа | | | | | | | | 9 | |
| **Какая это программа(ы)?**  (УКАЖИТЕ НАЗВАНИЕ ПРОГРАММЫ И/ИЛИ ИМЯ ВЕДУЩЕГО): | | |  | | | | | | | | | | H26xa | | | |
| **По Вашему мнению, оказала ли реклама, призывающая к ведению ЗОЖ, положительное влияние на Вас или Ваших знакомых/друзей?**  (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИЙ ВАРИАНТ) | | | Да | | | | | | | | 1 | | H27x | | | |
| Нет | | | | | | | | 2 | |
| Оказала обратный эффект | | | | | | | | 3 | |
| Затрудняюсь ответить | | | | | | | | 7 | |
| Отказ от ответа | | | | | | | | 9 | |
| **Убедила ли Вас (или Вашего друга) информация, полученная из рекламы, начать вести ЗОЖ? Захотелось ли Вам (или другу) выполнить следующее:** (ДАЙТЕ ОТВЕТ НА КАЖДОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ) | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Бросить курить, или сократить количество выкуриваемых за день сигарет/папирос/трубок | | Да | | | | | | 1 | | | | | H28xa | | | |
| Нет | | | | | | 2 | | | | |
| Сократить потребление алкоголя | | Да | | | | | | 1 | | | | | H28xb | | | |
| Нет | | | | | | 2 | | | | |
| Начать бегать или ходить в фитнес зал, на спортивную площадку (по утрам, после работы, в выходные дни) | | Да | | | | | | 1 | | | | | H28xc | | | |
| Нет | | | | | | 2 | | | | |
| Ограничить потребление соли | | Да | | | | | | 1 | | | | | H28xd | | | |
| Нет | | | | | | 2 | | | | |
| Увеличить количество овощей и/или фруктов в ежедневном рационе | | Да | | | | | | 1 | | | | | H28xe | | | |
| Нет | | | | | | 2 | | | | |
| Другое | | Да | | | | | | 1 *Если Да, перейдите к H28oth, иначе перейдите к H29* | | | | | H28xf | | | |
| Нет | | | | | | 2 | | | | |
| Другое (укажите) | | | | | | | | | | | | | H28xoth | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Отношение к здоровому образу жизни (продолжение)** | | | |
| **Вопросы** | **Ответы** | | **Код** |
| **Достаточно ли Вам информации из увиденной рекламы, чтобы начать вести ЗОЖ?**  (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИЙ ВАРИАНТ) | Да | 1 | H29x |
| Нет | 2 |
| Не в полной мере | 3 |
| Затрудняюсь ответить | 7 |
| Отказ от ответа | 9 |
| **Как Вы оцениваете в настоящее время состояние Вашего здоровья в целом?**  (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИЙ ВАРИАНТ) | Отличное | 1 | H30x |
| Очень хорошее | 2 |
| Хорошее | 3 |
| Удовлетворительное | 4 |
| Плохое | 5 |
| Затрудняюсь ответить | 7 |
| Отказ от ответа | 9 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Диспансеризация** | | | |
| Следующие вопросы касаются проведения диспансеризации в вашем регионе.  *Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.* | | | |
| **Вопросы** | **Ответы** | | **Код** |
| Когда Вы последний раз проходили диспансеризацию? | Год | └─┴─┴─┴─┘ | DX1 |
| Не проходил | 7777 |
| Отказ от ответа | 9999 *Пропустите DX2* |
| Кто был инициатором Вашей диспансеризации? | Участковый врач | 1 | DX2 |
| Работодатель | 2 |
| Самостоятельно | 3 |
| Другое | 4 |
| Другое (уточните) |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Вопрос для женщин: Скрининг на рак шейки матки** | | | | |
| Следующие вопросы касаются профилактики рака шейки матки.  *Скрининг рака шейки матки осуществляется при помощи различных тестов, например, с помощью визуального осмотра шейки матки в сочетании с нанесением на ее поверхность 3% уксусной кислоты (ВУК), взятия мазка на наличие атипичных клеток (ПАП тест) или папилломавируса (ВПЧ).* | | | | |
| Проходили ли Вы когда-либо скрининг на рак шейки матки при помощи вышеописанных методов? | Да | 1 |  | CX1 |
| Нет | 2 |  |
| Не знаю | 7 |  |
| Отказ от ответа | 9 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Время окончания опроса  (по 24-часовой шкале) | └─┴─┘: └─┴─┘  часы минуты | X |

|  |
| --- |
| **Этап 2 Данные физического осмотра** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Артериальное давление** | | | | |
| **Вопрос** | **Ответ** | | | **Код** |
| Идентификатор лица, измеряющего артериальное давление |  | └─┴─┴─┘ | | M1 |
| Модель устройства для измерения артериального давления |  | | | M2 |
| Размер манжетки тонометра | Маленький | 1 | | M3 |
| Средний | 2 | |
| Большой | 3 | |
| Показание 1 | Систолическое (мм рт.ст.) | └─┴─┴─┘ | | M4a |
| Диастолическое ( мм рт.ст.) | └─┴─┴─┘ | | M4b |
| Показание 2 | Систолическое (мм рт.ст.) | └─┴─┴─┘ | | M5a |
| Диастолическое ( мм рт.ст.) | └─┴─┴─┘ | | M5b |
| Показание 3 | Систолическое (мм рт.ст.) | └─┴─┴─┘ | | M6a |
| Диастолическое ( мм рт.ст.) | └─┴─┴─┘ | | M6b |
| Частота сердечных сокращений (пульса) | | | |  |
| Показание 1 | ЧСС в минуту | └─┴─┴─┘ | | M16a |
| Показание 2 | ЧСС в минуту | └─┴─┴─┘ | | M16b |
| Показание 3 | ЧСС в минуту | └─┴─┴─┘ | | M16c |
| За последние две недели принимали ли Вы лекарства (медицинские препараты) для снижения высокого артериального давления, назначенные врачом или другим медицинским работником? | Да | 1 | | M7 |
| Нет | 2 | |
| **Рост и вес** | | | | |
| ***(Для женщин)*** Вы беременны? | Да | 1 *Если да, пропустите M12-M15* | | M8 |
| Нет | 2 | |
| Идентификатор лица, измеряющего рост и вес |  | └─┴─┴─┘ | | M9 |
| Модель устройства для измерения роста и веса | Вес |  | | M10a |
| Рост |  | | M10b |
| У респондента есть обе ноги | | | 1 | M10с |
| У респондента отсутствует частично или полностью одна нога | | | 2 |
| У респондента отсутствуют частично или полностью обе ноги | | | 3 |
| У респондента есть обе руки | | | 4 | M10d |
| У респондента отсутствует частично или полностью одна рука | | | 5 |
| У респондента отсутствуют частично или полностью обе руки | | | 6 |
| Рост | Сантиметры (cм) | └─┴─┴─┘. └─┘ | | M11 |
| Вес  *Если вес слишком большой для весов, укажите 666.6* | Килограммы (кг) | └─┴─┴─┘.└─┘ | | M12 |
| **Окружность талии и бедер** | | | | |
| Модель устройства для измеренияталии и бедер |  | | | M13 |
| Окружность талии | Сантиметры (см) | └─┴─┴─┘.└─┘ | | M14 |
| Окружность бедер | Сантиметры (см) | └─┴─┴─┘.└─┘ | | M15 |

|  |
| --- |
| **Этап 3. Биохимические показатели (по согласованию)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Уровень глюкозы в крови** | | | |
| **Вопрос** | **Ответ** | | **Код** |
| Принимали ли Вы за последние 12 часов какую-либо пищу или пили ли что-либо, кроме воды? | Да | 1 | B1 |
| Нет | 2 |
| Идентификатор лаборанта |  | └─┴─┴─┘ | B2 |
| Модель устройства для определения глюкозы в крови |  | | B3 |
| В какое время дня был взят анализ (по 24-часовой шкале) | Часы : минуты | └─┴─┘: └─┴─┘  часов минут | B4 |
| **Уровень глюкозы в крови натощак**  *[ВПИСАТЬ В СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ЯЧЕЙКИ: ММОЛЬ/Л ИЛИ МГ/ДЛ]* | ммоль/л | └─┴─┘. └─┴─┘ | B5 |
| мг/дл | └─┴─┴─┘.└─┘ |
| Принимали ли Вы сегодня инсулин или какие-либо другие лекарственные средства от повышенного сахара в крови, назначенные врачом или другим медицинским работником? | Да | 1 | B6 |
| Нет | 2 |
| **Уровень холестерина в крови** | | | |
| Модель устройства для определения холестерина в крови |  | | B7 |
| Общий холестерин  *[ВПИСАТЬ В СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ЯЧЕЙКИ: ММОЛЬ/Л ИЛИ МГ/ДЛ]* | ммоль/л | └─┴─┘. └─┴─┘ | B8 |
| мг/дл | └─┴─┴─┘.└─┘ |
| Принимали ли Вы лекарства (медицинские препараты) для снижения уровня холестерина в крови, назначенные врачом или другим медицинским работником за последние две недели? | Да | 1 | B9 |
| Нет | 2 |