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-либотабачные 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 табачныеизделия?*(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 времянекурительные 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** порцийалкоголя Вы принимали за один случай в течениепоследних 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 разНе 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 днейНе 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 порцийНе знаю 77 | └─┴─┘ | D2 |
| Сколько дней в типичную неделю Вы обычно **потребляете овощи**?*(ИСПОЛЬЗУЙТЕ КАРТОЧКУ ПО РАЦИОНУ ПИТАНИЯ)* | Количество днейНе 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 порцийНе 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 разНе 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  |