

**Анкета «РИСКОМЕТР ИНСУЛЬТА»**

№	Вопрос	Варианты ответа	о	с
1	Сколько Вам лет?			
2	Пол	Мужской		1
		Женский		2
3	Расовая принадлежность	Европеоидная		1
		Негроидная		2
		Монголоидная		3
4	Укажите Ваш вес, кг.			
5	Укажите Ваш рост, см.			
6	Курите ли Вы в настоящее время или курили в прошлом?	Нет – 0 / Да - 1	0	1
7	Принимаете ли вы алкоголь каждый день?	Нет – 0 / Да - 1	0	1
8	Съедаете ли Вы 6 порций фруктов/овощей в день	Нет – 0 / Да - 1	0	1
9	Уделяете ли Вы занятию спортом хотя бы 2,5 часа в неделю?	Нет – 0 / Да - 1	0	1
10	Переживали ли Вы сильные стрессы за прошедший год?	Нет – 0 / Да - 1	0	1
11	Переносили ли Ваши родители инсульт в возрасте моложе 65 лет?	Нет – 0 / Да - 1	0	1
12	Укажите Ваше давление, мм.рт.ст.	/		
13	Принимаете ли Вы гипотензивные препараты?	Нет – 0 / Да - 1	0	1
14	Вам когда-нибудь ставили диагноз диабет?	Да, больше года назад		2
		Да, меньше года назад		1
		Нет		0
15	Вам когда-нибудь ставили диагноз ИБС или атеросклероз периферических артерий?	Да, больше года назад		2
		Да, меньше года назад		1
		Нет		0
16	Вам когда-нибудь ставили диагноз гипертрофия левого желудочка?	Да, больше года назад		2
		Да, меньше года назад		1
		Нет		0
17	Страдаете ли Вы мерцательной аритмией? (фибрилляцией предсердий)	Да, больше года назад		2
		Да, меньше года назад		1
		Нет		0
18	Вам когда-нибудь ставили диагноз когнитивные расстройства или деменция?	Да, больше года назад		2
		Да, меньше года назад		1
		Нет		0
19	Есть ли у Вас проблемы с памятью?	Да, больше года назад		2
		Да, меньше года назад		1
		Нет		0
20	Вам когда-нибудь ставили диагноз травматическое повреждение головного мозга?	Да, больше года назад		2
		Да, меньше года назад		1
		Нет		0
21	Были ли у Вас инсульты или транзиторные ишемические атаки раньше?	Да, больше года назад		2
		Да, меньше года назад		1
		Нет		0
22	В случае Вашей заинтересованности в получении результата, пожалуйста, укажите сот. телефон и/или e-mail	сот. тел:		
		e-mail:		