АНКЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ (МУЖЧИНЫ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (полностью) |  | | |
| Пол |  | Год рождения |  |
| Адрес |  | | |
| Место работы |  | | |
| Должность |  | | |
| Страховой полис |  | | |

ВОПРОСЫ АНАМНЕСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

|  | Да | Нет |
| --- | --- | --- |
| ***Желудочно-кишечный тракт*** | | |
| 1. Нарастающая слабость, утомляемость, недомогание |  |  |
| 2. Понижение или отсутствие аппетита |  |  |
| 3. Понижение веса тела, похудение |  |  |
| 4. Отрыжка (кислым, горьким, тухлым, воздухом) |  |  |
| 5. Изжога |  |  |
| 6. Тошнота |  |  |
| 7. Рвота |  |  |
| 8. Затруднение прохождения пищи по пищеводу, боли |  |  |
| 9. Тяжесть, боли в эпигастрии, прав. лев. подреберьях |  |  |
| 10. Боли в животе, вздутие, запоры, поносы |  |  |
| 11. Боли, дискомфорт в области прямой кишки, ануса |  |  |
| 12. Выделение слизи, крови из прямой кишки |  |  |
| 13. Другие жалобы(вписать) |  |  |
| ***Легкие*** | | |
| 1. Кашель сухой, с мокротой, кровохарканье |  |  |
| 2. Одышка, боль в гр. клетке, повышение температуры |  |  |
| 3. Другие симптомы (вписать) |  |  |
| ***Кожные покровы и слизистые*** | | |
| 1. Возвышение, опухоль или язва |  |  |
| 2. Рост, кровоточивость, др. измен. пигмент. пятна |  |  |
| 3. Увеличение регионарных лимфоузлов |  |  |
| ***Щитовидная железа*** | | |
| 1. Обнаружение узла, уплотнения в железе |  |  |
| 2. Обнаружение увеличенных лимфоузлов на шее |  |  |
| 3. Ощущение давления в области железы, осиплость |  |  |
| ***Лимфогранулематоз*** | | |
| 1. Обнаружение увеличенных периферических л/узлов |  |  |
| 2. Лихорадка, потливость, кожный зуд, похудание |  |  |
| ***Органы мочеполовой системы*** | | |
| 1. Кровь в моче |  |  |
| 2. Боли в поясничной области |  |  |
| 3. Повышение температуры тела |  |  |
| 4. Снижение веса |  |  |
| 5. Затруднение, расстройство мочеиспускание |  |  |
| 6. Боли, дискомфорт в области промежности |  |  |
| 7. Уплотнение, увеличение яичка |  |  |
| 8. Наличие опухоли, язвы, деформ. полового члена |  |  |
| 9.Другие симптомы, подозрительные на наличие новообразование (вписать) |  |  |

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись заполнявшего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_