

Алгоритм обследования и маршрутизация пациентов со злокачественными новообразованиями (или подозрением на ЗНО) осуществляется в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 18.12.2015 г. №1087 «О дальнейшем совершенствовании оказания специализированной медицинской помощи по профилю «онкология».

АНКЕТА ОНКОСКРИНИНГА (для мужчин)

Дата обследования (дд.мм.гггг) _____

Инициалы (Ф.И.О.) _____

Дата рождения (дд.мм.гггг) _____ Полных лет _____

№	Вопрос	Да	Нет
1.	Наличие родственников с онкологическими заболеваниями	Да	Нет
2.	У Вас находили полипы в желудке	Да	Нет
3.	У Вас находили язвенную болезнь: желудка или 12-перстной кишки.	Да	Нет
4.	Вы лечились от хронического гастрита	Да	Нет
5.	У Вас находили сахарный диабет.	Да	Нет
6.	У Вас находили хроническое заболевание легких (хронический бронхит, хроническую пневмонию, туберкулез легких и др.)	Да	Нет
7.	У Вас находили заболевание толстого кишечника (полипы толстой кишки, геморрой, трещину заднего прохода и др.)	Да	Нет
8.	У Вас находили хронические заболевания мочеполовых органов (хронический цистит, увеличение яичка или его кисту).	Да	Нет
9.	Вас беспокоит быстро наступающая слабость, утомляемость.	Да	Нет
10.	Вас беспокоит беспричинное повышение температуры тела до 37,5 *С	Да	Нет
11.	Вас беспокоит повышенная потливость	Да	Нет
12.	Вас беспокоит беспричинный кожный зуд	Да	Нет
13.	Вы отмечаете у себя бледность кожных покровов	Да	Нет
14.	Вас беспокоят частые обильные носовые кровотечения, синяки (подкожные кровоизлияния)	Да	Нет
15.	Вы похудели в последнее время без причины	Да	Нет
16.	Вы отмечаете появление узлов (узелков) в последнее время (на шее, подмышками, в паху, в других местах)	Да	Нет
17.	У вас есть на коже длительно существующие язвы или язвочки, трещины, изменения в виде узлов	Да	Нет
18.	Вы отмечаете у себя в последнее время изменение окраски, увеличение в размерах или появление, кровоточивости, зуда родимого пятна	Да	Нет
19.	Вы курите (или курили, но бросили)	Да	Нет

20.	Вас беспокоит осиплость голоса	Да	Нет
21.	Вас беспокоят боли, затруднение глотания, ощущение инородного тела в горле или пищеводе при глотании	Да	Нет
22.	Вас беспокоят боли в области желудка	Да	Нет
23.	Вас беспокоит беспричинное отсутствие аппетита или отвращение к еде вообще	Да	Нет
24.	Вы отмечаете неприятные ощущения или боли при опорожнении кишечника в области заднего прохода, крестца, копчика, половых органов или прямой кишки	Да	Нет
25.	У Вас независимо от приема пищи склонность к запорам или поносам	Да	Нет
26.	У Вас бывает в кале примесь слизи, крови, черный стул, свежая кровь на бумаге после дефекации	Да	Нет
27.	Вас беспокоит учащение, затруднение, боли при мочеиспускании	Да	Нет
28.	Вы проходили флюорографию (рентгенографию грудной клетки) в течении последнего года	Да	Нет

