**Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО  
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РЕГИСТРАЦИОННАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА С ХНИЗ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ АСТЕНИИ**

**В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Критерии включения: Мужчины или женщины в возрасте от 18 лет и старше на момент регистрации, состоящие на диспансерном учете по поводу ХНИЗ

ФИО пациента, номер поликлиники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мобильный или домашний телефон для связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Дата заполнения |  | | | | |
| 2 | Сколько пациенту полных лет | лет | | | | |
| 3 | Пол пациента | Мужской | | | Женский | |
| 4 | Образование | 1. Неполное среднее. 2. Среднее/профессиональное  3. Незаконченное высшее 4. Высшее | | | | |
| 5 | Курите ли Вы обычные сигареты? | Да | | | Курил(а), но бросил | Никогда |
| 6 | Курите ли Вы электронные сигареты? | Да | | | Курил(а), но бросил | Никогда |
| 7 | Вы употребляете алкоголь? | 1. Никогда/редко. 2. 1-3 раза в месяц  3. 1-6 раз в неделю. 4. Ежедневно | | | | |
| 8 | Выполняете ли Вы умерен-ную физическую нагрузку как минимум 150 минут (быстрая ходьба) или более интенсивные упражнения как минимум 75 минут в течение недели? | Да | | | Нет | |
| 9 | Укажите Ваш вес | кг | | | | |
| 10 | Укажите Ваш рост | см | | | | |
| 11 | Рассчитайте ИМТ | кг/м2 | | | | |
| 12 | Измеряете ли Вы себе дома АД | Да | | | Нет | |
| 13 | Вам когда-нибудь говорили, что у Вас повышенное АД? | Да | | | Нет | |
| 14 | Принимаете ли Вы регулярно препараты для снижения АД последние 2 недели? | Да | | | Нет | |
| 15 | Принимаете ли Вы в последние 2 недели следующие препараты? | А) Статины да\_\_\_\_ нет\_\_\_\_ не знаю \_\_\_\_  Б) Аспирин да \_\_\_\_ нет \_\_\_\_\_ не знаю \_\_\_\_\_ | | | | |
| 16 | Если у Вас повышенное артериальное давление, и Вы не принимаете регулярно препараты для его снижения, то почему? | 1. слишком дорого  2. ранее были побочные реакции  3. принимаю по необходимости  4. предпочитаю альтернативную медицину  5. забываю | | | | |
| 17 | Обсуждал ли с Вами врач важность приема препаратов строго в соответствии с его рекомендациями | Да | | | Нет | |
| 18 | Был ли у Вас ранее диагностирован сахарный диабет? | Да | | Нет | | Не знаю |
| 19 | Был ли у Вас диагностирован ранее инфаркт миокарда? | Да | | Нет | | Не знаю |
| 20 | Был ли у Вас диагностирован ранее инсульт? | Да | | Нет | | Не знаю |
| 21 | Была ли у Вас диагностиро-вана ранее бронхиальная астма? | Да | | Нет | | Не знаю |
| 22 | Были ли у Вас ранее зареги-стрированы нарушения рит-ма сердца?(ФП) | Да | | Нет | | Не знаю |
| 23 | Была ли у вас ранее зареги-стрирована стенокардия? | Да | | Нет | | Не знаю |
| 24 | Была ли у Вас диагностиро-вана ранее хроническая обс-труктивная болезнь легких? | Да | | Нет | | Не знаю |
| 25 | У Вас была коронавирусная инфекция? | Да | | Нет | | Не знаю |
| 26 | Были ли у Вас ранее онколо-гические заболевания? | Да | | Нет | | Не знаю |
| 27 | Внесите в анкету цифры АД | САД | | ДАД | | ЧСС |
| 1 измерение |  |  | | |  |
| 2 измерение |  |  | | |  |

**Протестируйте пациента по 2 шкалам: субъективная шкала астении MFI-20 \_\_\_\_\_ (в норме количество баллов не должно превышать 20-30) и шкала оценки тяжести астении FSS \_\_\_\_\_\_\_ (36 и более баллов свидетельствуют об астении). В случае выявления астении назначьте пациенту энерион на 1 месяц терапии.**

**Через месяц свяжитесь с пациентом по телефону и протестируйте по шкалам вновь,**

**внесите данные в карту MFI-20 \_\_\_\_\_\_ и FSS \_\_\_\_\_\_.**

**Поставьте полный диагноз по амбулаторной карте:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Лабораторные данные** \_\_\_да\_\_\_\_нет\_\_\_\_\_ ( с датой заполнения)

|  |  |
| --- | --- |
| **Клинический анализ** | **Биохимия** |
| **Гемоглобин**\_\_\_ (г/л, г/дл) | **ЛПВП** (ммоль/л, мг/дл) |
| **Эритроциты**(1012/л, 106 /мкл (млн/мкл)) | **Креатинин** \_\_\_ (мкмоль/л; мг/дл) Расчет СКФ по CKD-EPI: |
| **Тромбоциты** (109/л, 103/мклтыс/мкл)) | **Мочевая кислота** (мкмоль/л, мг/дл) |
| **Лейкоциты** (109/л, 103/мкл (тыс/мкл)) | **AST** (Ед/л) |
| **ALT** (Ед/л) | **Триглицериды** (ммоль/л, мг/дл) |
| **Общий ХС** (ммоль/л, мг/дл) | HbA1c (%) |
| **ЛПНП** (ммоль/л, мг/дл) | **Глюкоза** (ммоль/л; мг/100 мл) |

**ЛЕЧЕНИЕ  
Перечислите все препараты и их дозы, назначенные пациенту по амбулаторной карте \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Гиполипидемическая терапия (Аторвастатин, Розувастатин, Питавастатин, Симвастатин)**Доза\_\_\_  
Фибраты \_\_\_да\_\_\_\_нет\_\_\_\_\_ неизвестно  
Эзетемиб \_\_\_да\_\_\_\_нет\_\_\_\_\_ неизвестно  
**Антиагрегантная терапия (ацетилсалициловая кислота, клопидогрел, прасугрел, тикагрелор)**Доза\_\_\_ Кратность\_\_\_  
**Антикоагулянтная терапия  
1. ПОАК при ИБС и МФА  
Ривароксабан 2,5мг х 2р в сутки)  
2. ПОАК при ФП (ривароксабан, дабигатран, апиксабан  
Доза\_\_\_ Кратность 1-2 р в сутки  
3. Варфарин \_\_\_да\_\_\_\_нет\_\_\_\_\_ неизвестно – Доза\_\_\_ Кратность 1р в сутки  
Сопутствующая терапия**иАПФ \_\_\_  
БРА \_\_\_\_  
АРНИ (Валсартан + Сакубитрил) \_\_\_\_\_\_  
Бета Блокаторы: Селективные (атенолол, бетаксолол, бисопролол, метопролол,небиволол)   
Соталол\_\_\_  
Карведилол\_\_  
Ивабрадин\_\_\_\_  
Пролонгированные нитраты\_\_\_\_\_  
Никорандил\_\_\_\_  
Антагонисты кальция Недигидропиридиновые \_\_\_\_Верапамил\_\_\_\_Дилтиазем  
Дигидропиридиновые: Амлодипин\_\_\_\_Нифедипин\_\_\_Фелодипин\_\_\_\_\_Лерканидипин\_\_\_\_  
Индапамид\_\_\_Хлорталидон\_\_\_Гидрохлортиазид\_\_\_Фуросемид\_\_\_Торасемид\_\_\_  
Антагонисты минералокортикоидных рецепторов\_\_\_\_\_  
Дигоксин\_\_\_  
Инсулинотерапия\_\_\_\_  
Метформин\_\_\_  
иДПП4 (ситаглиптин, вилдаглиптин, саксаглиптин,  
алоглиптин,линаглиптин,гемиглиптин,гозоглиптин, эвоглиптин) \_\_\_\_\_  
АГПП1 (эксенатид, лираглутид, ликсисенатид, дулаглутид, семаглутид) \_\_\_\_  
иSGLT2\_\_\_  
Препараты сульфанилмочевины\_\_\_\_\_  
Другая таблетированная сахароснижающая терапия\_\_\_  
Детралекс\_\_\_. Ранолазин\_\_\_ Триметазидин\_\_\_ Мельдоний\_\_\_

**БЛАГОДАРИМ ЗА УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ!!!!**