

АНКЕТА ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ

№	Вопрос	Ответ
1	Нет ли кровянистых выделений из прямой кишки, влагалища, при кашле, мочеиспускании, рвоте?	<input type="checkbox"/> Да (имеющееся подчеркнуть) <input type="checkbox"/> Нет
2	Нет ли анемии (бледность кожных покровов, головокружение, снижение артериального давления)?	<input type="checkbox"/> Да (имеющееся подчеркнуть) <input type="checkbox"/> Нет
3	Есть ли постоянная, постепенно нарастающая боль в животе, грудной клетке?	<input type="checkbox"/> Да (имеющееся подчеркнуть) <input type="checkbox"/> Нет
4	Нет ли затруднений при прохождении пищи по пищеводу, периодически возникающей рвоты, длительных запоров, сменяющихся поносом, эпизодов задержки мочи?	<input type="checkbox"/> Да (имеющееся подчеркнуть) <input type="checkbox"/> Нет
5	Не отмечаете ли вы слабости, похудания и потери аппетита?	<input type="checkbox"/> Да (имеющееся подчеркнуть) <input type="checkbox"/> Нет
6	Не прощупываете ли вы у себя какую-нибудь опухоль?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7	Не увеличился ли у вас объем живота за последнее время?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8	Не повышается ли постоянно температура в течение длительного времени?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9	Нет ли у вас увеличенных узлов на шее, над ключицей, в подмышечных и паховых областях?	<input type="checkbox"/> Да (имеющееся подчеркнуть) <input type="checkbox"/> Нет
10	Нет ли у вас обильного ночного пота, кожного зуда?	<input type="checkbox"/> Да (имеющееся подчеркнуть) <input type="checkbox"/> Нет
11	Нет ли у вас на губе уплотненного участка, язвы, каких-либо разрастаний, незаживающих трещин?	<input type="checkbox"/> Да (имеющееся подчеркнуть) <input type="checkbox"/> Нет
12	Нет ли осиплости голоса, чувства давления на шее, каких-либо узлов (уплотнений) на ней?	<input type="checkbox"/> Да (имеющееся подчеркнуть) <input type="checkbox"/> Нет
13	Имеются ли у вас изменения молочной железы (уплотнения, язвочки, втяжения, отек)?	<input type="checkbox"/> Да (имеющееся подчеркнуть) <input type="checkbox"/> Нет
14	Нет ли выделений из сосков молочных желез?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15	Нет ли у вас неподвижного твердого образования на кости?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16	Нет ли у вас на коже коричневого цвета образований, внутрикожных уплотнений, выступающих над поверхностью кожи каких-либо уплотнений, язв?	<input type="checkbox"/> Да (имеющееся подчеркнуть) <input type="checkbox"/> Нет
17	Все ли спокойно в полости рта? Нет ли боли, язвочек, уплотнений?	<input type="checkbox"/> Да (имеющееся подчеркнуть) <input type="checkbox"/> Нет

ФИО _____

Дата рождения _____ **телефон** _____

Адрес _____