



## ***План деятельности***

### Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки).

№п/п	Дата	Ф.И.О. пациента	Дата рождения	Адрес	Назначения	Данные обследования	Отметки о выполнении назначений (рекомендации)	Подпись медицинской сестры



## **Выписка из листа врачебных назначений.**

---

ФИО больного

**Диагноз:**

**Лечащий врач: Григорьев Т.Б.**

## Дневник пикфлуометрии

Оценка пиковой скорости выдоха за 4 недели.

Ф.И.О.										Лекарства														Месяц		1	2	3	4	5	6									
Дата										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
л/мин	800																																							
750																																								
700																																								
650																																								
600																																								
550																																								
500																																								
450																																								
400																																								
350																																								
300																																								
250																																								
200																																								
150																																								
100																																								
50																																								

Кашель																																					
Одышка																																					
Мокрота																																					

☀ = утро

☾ = вечер



Приложение № 1  
к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации  
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код организации по  
ОКПО \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Медицинская документация  
Учетная форма № 025/у  
Утверждена приказом Минздрава России  
от 15 декабря 2014 г. № 834н

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА  
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ №**

1. Дата заполнения медицинской карты: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

2. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

3. Пол: муж. -   , жен. -   2        4. Дата рождения: число   07   месяц   01   год   1975   год

5. Место регистрации: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

6. Местность: городская - 1, сельская - 2

7. Полис ОМС: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ 8. СНИЛС \_\_\_\_\_

9. Наименование страховой медицинской организации \_\_\_\_\_

10. Код категории льготы \_\_\_\_\_ 11. Документ \_\_\_\_\_ : серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач


13. **Семейное положение:** состоит в зарегистрированном браке – 1, не состоит в браке – 2, неизвестно – 3.

14. **Образование:** *профессиональное:* высшее – 1, среднее – 2; *общее:* среднее – 3, основное – 4, начальное – 5; неизвестно – 6.

15. **Занятость:** работает – 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу – 2; пенсионер(ка)–3, студент(ка)–4, не работает – 5, прочие – 6.

16. **Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата)** \_\_\_\_\_

17. **Место работы, должность** \_\_\_\_\_

18. **Изменение места работы** \_\_\_\_\_

19. **Изменение места регистрации** \_\_\_\_\_

20. **Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:**

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно (+/-)	Врач

21. **Группа крови** \_\_\_\_\_ 22. **Rh-фактор** \_\_\_\_\_ 23. **Аллергические реакции** \_\_\_\_\_

#### 24. Записи врачей-специалистов:

Дата осмотра \_\_\_\_\_ на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.

Врач (специальность) \_\_\_\_\_

Жалобы пациента \_\_\_\_\_

Анамнез заболевания, жизни \_\_\_\_\_

Объективные данные \_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

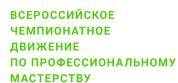
\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Группа здоровья \_\_\_\_\_ Диспансерное наблюдение \_\_\_\_\_

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства	
Врач	

[illegible]

№А1с \_\_\_\_\_ % (целевой уровень \_\_\_\_\_ %) Дата \_\_\_\_\_



# План приема лекарственных средств от астмы

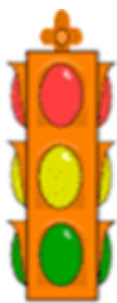
Ф.И.О пациента: Аксенов Сергей Николаевич

Врач: Григорьев Т.Б.

Дата: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_


Вы можете использовать цвета светофора, чтобы лучше разобраться в лекарствах от астмы





1. **ЗЕЛЕНый** означает "**Идите**". Используйте профилактические средства.

2. **ЖЕЛТый** означает "**Притормозите**". Добавьте облегчающее средство, чтобы сразу же почувствовать себя лучше.

3. **КРАСНый** означает "**Стоп**". Обратитесь за помощью к врачу

ИДИТЕ	1. Нормальное дыхание	Используйте профилактические средства.		
	2. Отсутствие кашля или свиста	Средство:	Доза:	Когда:
	3. Могу работать и играть	<u>Симбикорт</u>	<u>80/4,5 мкг/доза</u>	<u>1 раз в день</u>
				
	МСП выдыхаемого воздуха от 350 и выше	За 20 минут до выполнения физических упражнений или занятия спортом используйте это средство: _____ ингал.		

ПРИТОРМОЗИТЕ	1. Кашель	* <b>ДОБАВЬТЕ</b> облегчающее средство, чтобы предотвратить обострение астмы:		
	2. Свистящее дыхание	Средство:	Доза:	Когда:
	3. Затрудненное дыхание	<u>Сальбутамол</u>	<u>100мкг/доза</u>	<u>при приступе одышки</u>
	4. Просыпаюсь ночью	* <b>ТАКЖЕ ПРОДОЛЖАЙТЕ ПРИНИМАТЬ/УВЕЛИЧТЕ ДОЗУ</b> _____		
				
	МСП выдыхаемого воздуха от 350 до <u>220</u>	принимаемого Вами профилактического средства: <u>Симбикорт</u> <u>80/4,5 мкг/доза</u> <u>2 р/день</u>		
		<b>Обратитесь к врачу, если эти симптомы часто повторяются, или если облегчающие средства не помогают!</b>		

СТОП - ОПАСНО	1. Лекарство не помогает	<b>Немедленно обратитесь за помощью!</b> Принимайте эти лекарства до тех пор, пока не поговорите с врачом.		
	2. Удушье и одышка	Средство:	Доза:	Когда:
	3. Видны ребра при дыхании	<u>Сальбутамол</u>	<u>100мкг/доза</u>	<u>при приступе одышки</u>
	4. Не могу нормально говорить			
	5. Не могу ходить	<u>Симбикорт</u>	<u>80/4,5 мкг/доза</u>	<u>2 р/день</u>
				
	МСП выдыхаемого воздуха от 220 и ниже	<u>Звоните 112 в случае обострения астмы.</u>		

# Карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)

*ненужное зачеркнуть*

Дата начала диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) \_\_\_\_\_

1. **Фамилия, имя, отчество** \_\_\_\_\_
2. **Пол:** муж. - 1, жен. - 2, \_\_\_\_\_
3. **Дата рождения:** число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_, полных лет \_\_\_\_\_
4. **Местность:** городская - 1, сельская - 2 \_\_\_\_\_
5. **Место регистрации:** субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_  
дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_
6. **Код категории льготы** \_\_\_\_\_
7. **Принадлежность к коренным малочисленным народам Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации:** да - 1; нет - 2 \_\_\_\_\_
8. **Занятость:** 1 – работает; 2 – не работает; 3 – обучающийся в образовательной организации по очной форме. \_\_\_\_\_
9. **Диспансеризация (профилактический медицинский осмотр) проводится мобильной медицинской бригадой:** да - 1; нет - 2 \_\_\_\_\_
10. **Проведение первого этапа диспансеризации (профилактического медицинского осмотра):**

Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие <sup>1</sup> первого этапа диспансеризации	№ стро- ки	Дата проведени- я	Выявлено откло- нение (+/-)	Примечание (отказ (дата); проведено ранее (дата))
Опрос (анкетирование) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача	1			<b>X</b>
Антропометрия (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела	2			
Измерение артериального давления	3			
Определение уровня общего холестерина в крови	4			
Определение уровня глюкозы в крови экспресс-методом	5			
Определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска	6			
Определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска	7			
Электрокардиография (в покое)	8			
Осмотр фельдшером (акушеркой), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование	9			
Флюорография легких	10			
Маммография обеих молочных желез	11			
Клинический анализ крови	12			
Клинический анализ крови развернутый	13			
Анализ крови биохимический общетерапевтический	14			
Общий анализ мочи	15			
Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом	16			
Ультразвуковое исследование (УЗИ) на предмет исключения новообразований органов брюшной полости, малого таза	17			
Ультразвуковое исследование (УЗИ) в целях исключения аневризмы брюшной аорты	18			
Измерение внутриглазного давления	19			
Прием (осмотр) врача-терапевта <sup>2</sup>	20			<b>X</b>

<sup>1</sup> Далее – медицинское мероприятие

## 11. Проведение второго этапа диспансеризации

Медицинское мероприятие второго этапа диспансеризации	№ строки	Дата		Выявлено отклонение (+/-)	Примечание (отказ (дата); проведено ранее (дата))
		направления	проведения		
1	2	3	4	5	6
Дуплексное сканирование брахицефальных артерий	1				
Осмотр (консультация) врачом-неврологом	2				
Эзофагогастродуоденоскопия	3				
Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-урологом	4				
Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом	5				
Колonosкопия или ректороманоскопия	6				
Определение липидного спектра крови	7				
Спирометрия	8				
Осмотр (консультация) врачом-акушером-гинекологом	9				
Определение концентрации гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе	10				
Осмотр (консультация) врачом-оториноларингологом	11				
Анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена	12				
Осмотр (консультация) врачом-офтальмологом	13				
Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование	14				
Групповое профилактическое консультирование (школа пациента)	15				
Прием (осмотр) врача-терапевта	16				X

## 12. Заболевания (подозрения на заболевания), выявленные при проведении диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), установление диспансерного наблюдения

Наименование классов и отдельных болезней	№ строк	Код МКБ-10 <sup>3</sup>	Дата выявления заболевания/начала диспансерного наблюдения			
			Выявлено заболевание	В том числе заболевание выявлено впервые	Начало диспансерного наблюдения	Установлен предварительный диагноз
1	2	3	4	5	6	7
<b>Некоторые инфекционные и паразитарные болезни</b>	1	A00-B99				
в том числе: туберкулез	1.1	A15-A19				
<b>Новообразования</b>	2	C00-D48				
в том числе: злокачественные новообразования и новообразования in situ	2.1	C00- D09				
в том числе: пищевода	2.2	C15, D00.1				
из них в 1-2 стадии	2.2.1					-
желудка	2.3	C16, D00.2				
из них в 1-2 стадии	2.3.1					-
ободочной кишки	2.4.	C18, D01.0				
из них в 1-2 стадии	2.4.1					-
ректосигмоидного соединения, прямой кишки, заднего прохода (ануса) и анального канала	2.5	C19-C21, D01.1 - D01.3				
из них в 1-2 стадии	2.5.1					-

<sup>2</sup> Врач-терапевт здесь и далее включает врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-терапевта цехового лечебного участка, врача общей практики (семейного врача)

<sup>3</sup> Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра

поджелудочной железы	2.6	C25				
из них в 1-2 стадии	2.6.1					-
трахеи, бронхов и легкого	2.7	C33, 34				
из них в 1-2 стадии	2.7.1	D02.1 - D02.2				-
молочной железы	2.8	C50, D05				
из них в 1-2 стадии	2.8.1					-
шейки матки	2.9.	C53, D06				
из них в 1-2 стадии	2.9.1					-
тела матки	2.10	C54				
из них в 1-2 стадии	2.10.1					-
яичника	2.11	C56				
из них в 1-2 стадии	2.11.1					-
предстательной железы	2.12	C61, D07.5				
из них в 1-2 стадии	2.12.1					-
почки, кроме почечной лоханки	2.13	C64				
из них в 1-2 стадии	2.13.1					-
<b>Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм</b>	3	D50-D89				
в том числе: анемии, связанные с питанием, гемолитические анемии, апластические и другие анемии	3.1	D50-D64				
<b>Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ</b>	4	E00-E90				
в том числе: сахарный диабет	4.1	E10-E14				
ожирение	4.2	E66				
нарушения обмена липопротеинов и другие липидемии	4.3	E78				
<b>Болезни нервной системы</b>	5	G00-G99				
в том числе: преходящие церебральные ишемические приступы [атаки] и родственные синдромы	5.1	G45				
<b>Болезни глаза и его придаточного аппарата</b>	6	H00-H59				
в том числе: старческая катаракта и другие катаракты	6.1	H25, H26				
глаукома	6.2	H40				
слепота и пониженное зрение	6.3	H54				
<b>Болезни системы кровообращения</b>	7	I00-I99				
в том числе: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	7.1	I10-I15				
ишемическая болезнь сердца	7.2	I20-I25				
в том числе: стенокардия (грудная жаба)	7.2.1	I20				
в том числе нестабильная стенокардия	7.2.2	I20.0				
хроническая ишемическая болезнь сердца	7.2.3	I25				
в том числе: перенесенный в прошлом инфаркт миокарда	7.2.4	I25.2				
другие болезни сердца	7.3	I30-I52				
цереброваскулярные болезни	7.4	I60-I69				
в том числе: закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга и закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга	7.4.1	I65, I66				
другие цереброваскулярные болезни	7.4.2	I67				
последствия субарахноидального кровоизлияния, последствия внутричерепного кровоизлияния, последствия другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, последствия инфаркта мозга, последствия инсульта, не уточненные как кровоизлияние или инфаркт мозга	7.4.3	I69.0-I69.4				
аневризма брюшной аорты	7.4.4	I71.3-I71.4				

<b>Болезни органов дыхания</b>	8	J00-J98				
в том числе: вирусная пневмония, пневмония, вызванная Streptococcus pneumoniae, пневмония, вызванная Haemophilus influenza, бактериальная пневмония, пневмония, вызванная другими инфекционными возбудителями, пневмония при болезнях, классифицированных в других рубриках, пневмония без уточнения возбудителя	8.1	J12-J18				
бронхит, не уточненный как острый и хронический, простой и слизисто-гнойный хронический бронхит, хронический бронхит неуточненный, эмфизема	8.2	J40-J43				
другая хроническая обструктивная легочная болезнь, астма, астматический статус, бронхоэктатическая болезнь	8.3	J44-J47				
<b>Болезни органов пищеварения</b>	9	K00-K93				
в том числе: язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки	9.1	K25, K26				
гастрит и дуоденит	9.2	K29				
неинфекционный энтерит и колит	9.3	K50-K52				
другие болезни кишечника	9.4	K55-K63				
<b>Болезни мочеполовой системы</b>	10	N00-N99				
в том числе: гиперплазия предстательной железы, воспалительные болезни предстательной железы, другие болезни предстательной железы	10.1	N40-N42				
доброкачественная дисплазия молочной железы	10.2	N60				
воспалительные болезни женских тазовых органов	10.3	N70-N77				
<b>Прочие заболевания</b>	11					

**13. Выявленные при проведении диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний в соответствии с кодами МКБ-10:**

Факторы риска (код МКБ-10)	R03.0	R73.9	R63.5	Z72.0	Z72.1	Z72.2	Z72.3	Z72.4	Z 80, Z82.3, Z82.4, Z82.5, Z83.3
Выявлен фактор риска, нет (-), да (дата выявления)									

**14. Относительный суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE:**

☐ низкий ☐ высокий

**15. Абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE:**

☐ высокий ☐ очень высокий

**16. Группа состояния здоровья:** ☐ I группа; ☐ II группа; ☐ IIIa группа; ☐ IIIb группа

**17. Назначено лечение:** да - 1; нет - 2

**18. Дано направление на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации (профилактического медицинского осмотра):** да - 1; нет - 2

**18.1. Дано направление к врачу-сердечно-сосудистому хирургу:** да - 1; нет - 2

**18.2. Дано направление к врачу-психиатру (врачу-психиатру-наркологу):** да - 1; нет - 2

**19. Направлен для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи:** да - 1; нет - 2

**20. Направлен на санаторно-курортное лечение:** да - 1; нет - 2

**ФИО и подпись врача (фельдшера), ответственного за проведение диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)** \_\_\_\_\_

**Дата окончания диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)** \_\_\_\_\_



# Тест RUS-AUDIT для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя

1

## Краткая инструкция по работе с тестом RUS-AUDIT:

1. Медицинский работник зачитывает вопрос и варианты ответа. Респондент выбирает подходящий ему вариант ответа.
2. Медицинский работник отмечает в отдельном окне бланка анкеты балл, соответствующий выбранному варианту ответа.
3. После завершения прохождения теста медицинский работник подсчитывает баллы и записывает их в бланк анкеты.
4. В зависимости от итоговой суммы баллов медицинский работник оказывает необходимый объем помощи.

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?					Балл
Никогда	0	Раз в месяц или реже	1	2–4 раза в месяц	2
				2–3 раза в неделю	3
				4 раза в неделю и чаще	4
					<input type="radio"/>

2. Сколько алкогольных напитков (стандартных порций) Вы употребляете в типичный день, когда выпиваете?

Интервьюер! Покажите цветную таблицу перевода объемов алкогольных напитков в стандартные порции (СП) и дождитесь ответа респондента. Одна стандартная порция содержит 10 г этилового спирта. На рисунках представлены примеры одной СП. Если в типичный день Вы употребляете несколько разных алкогольных напитков, то **суммируйте** число СП.

<b>Маленький бокал вина или шампанского, 100 мл</b> Крепость 12–13% 	<b>Половина кружки пива, 250 мл</b> Крепость 4,5–5% 	<b>Бокал крепленого вина, 60 мл</b> Крепость 16–22% 	<b>Маленькая рюмка крепкого алкоголя, 30 мл</b> Крепость 40% 
---	---	--	--

Интервьюер! Если респондент затрудняется ответить на данный вопрос, то уточните у него, какой вид и какой объем алкогольных напитков он употребляет, и обведите соответствующее им количество СП и балл в таблице ниже.

Если в типичный день респондент употребляет разные алкогольные напитки, то обведите все объемы употребляемых алкогольных напитков, суммируйте соответствующее им число СП и отметьте балл.

**Пример:** Пациент употребляет 200 мл водки (5–6 СП) и 500 мл пива (1–2 СП), в сумме – 6–8 СП, что не попадет в предложенные интервалы, поэтому выбираем среднее значение – 7 СП. Итог – 3 балла.

Вино или шампанское	Пиво	Крепленое вино	Крепкий алкоголь	Балл
до 250 мл	до 650 мл	до 170 мл	до 80 мл	<input type="radio"/> 1–2 СП 0
251–450 мл	651–1200 мл	171–300 мл	81–140 мл	<input type="radio"/> 3–4 СП 1
451–660 мл	1201–1750 мл	301–430 мл	141–210 мл	<input type="radio"/> 5–6 СП 2
661–970 мл	1751–2500 мл	431–640 мл	211–300 мл	<input type="radio"/> 7–9 СП 3
более 970 мл	более 2500 мл	более 640 мл	более 300 мл	<input type="radio"/> 10 СП и больше 4

3. Как часто Вы употребляете как минимум 1,5 л пива, или как минимум 180 мл крепкого алкоголя, или как минимум бутылку вина или шампанского (750 мл) в течение 24 часов?

Никогда	0	Реже одного раза в месяц	1	Ежемесячно	2	Еженедельно	3	Ежедневно или почти ежедневно	4	<input type="radio"/>
---------	---	--------------------------	---	------------	---	-------------	---	-------------------------------	---	-----------------------

4. Как часто за последние 12 месяцев Вы не могли остановиться, начав употреблять алкогольные напитки?

Никогда	0	Реже одного раза в месяц	1	Ежемесячно	2	Еженедельно	3	Ежедневно или почти ежедневно	4	<input type="radio"/>
---------	---	--------------------------	---	------------	---	-------------	---	-------------------------------	---	-----------------------

5. Как часто за последние 12 месяцев из-за выпивки Вы не сделали то, что от Вас обычно ожидалось?

Никогда	0	Реже одного раза в месяц	1	Ежемесячно	2	Еженедельно	3	Ежедневно или почти ежедневно	4	<input type="radio"/>
---------	---	--------------------------	---	------------	---	-------------	---	-------------------------------	---	-----------------------

6. Как часто за последние 12 месяцев Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после выпивки (опохмелиться)?

Никогда	0	Реже одного раза в месяц	1	Ежемесячно	2	Еженедельно	3	Ежедневно или почти ежедневно	4	<input type="radio"/>
---------	---	--------------------------	---	------------	---	-------------	---	-------------------------------	---	-----------------------

7. Как часто за последние 12 месяцев Вы испытывали чувство вины или сожаления после выпивки?

Никогда	0	Реже одного раза в месяц	1	Ежемесячно	2	Еженедельно	3	Ежедневно или почти ежедневно	4	<input type="radio"/>
---------	---	--------------------------	---	------------	---	-------------	---	-------------------------------	---	-----------------------

8. Как часто за последние 12 месяцев Вы были неспособны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?

Никогда	0	Реже одного раза в месяц	1	Ежемесячно	2	Еженедельно	3	Ежедневно или почти ежедневно	4	<input type="radio"/>
---------	---	--------------------------	---	------------	---	-------------	---	-------------------------------	---	-----------------------

9. Являлось ли Ваше употребление алкогольных напитков причиной травмы у Вас или у других людей?

Никогда	0	Да, более 12 месяцев назад	2	Да, в течение последних 12 месяцев	4	<input type="radio"/>
---------	---	----------------------------	---	------------------------------------	---	-----------------------

10. Случалось ли, что Ваш близкий человек или родственник, друг или врач беспокоился насчет употребления Вами алкоголя или советовал выпивать меньше?

Никогда	0	Да, более 12 месяцев назад	2	Да, в течение последних 12 месяцев	4	<input type="radio"/>
---------	---	----------------------------	---	------------------------------------	---	-----------------------

Укажите количество баллов \_\_\_\_\_

Максимальное количество баллов 40

☐ Женщина ☐ Мужчина



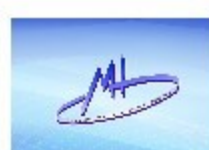
## Интерпретация результатов теста RUS-AUDIT для мужчин и женщин

Зона риска	Количество баллов		Уровень риска	Тактика медицинского работника
	Женщины	Мужчины		
Зона I	0–4	0–8	Относительно низкий риск возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя.	Информационные материалы о неблагоприятном влиянии алкоголя на здоровье.
Зона II	5–9	9–13	Опасное употребление алкоголя – употребление алкоголя, которое увеличивает риск возникновения вредных последствий для человека или для окружающих его людей.	Информационные материалы о неблагоприятном влиянии алкоголя на здоровье. Совет по ограничению потребления алкоголя.
Зона III	10	14–16	Пагубное употребление алкоголя – употребление алкоголя, которое приводит к последствиям для физического и психического здоровья.	Краткое вмешательство/консультирование, наблюдение в ПМСП.
Зона IV	11 и более	17 и более	Риск возможной алкогольной зависимости.	Дальнейшее обследование, возможное направление к специалисту наркологу.

Тест RUS-AUDIT (The Russian Alcohol Use Disorders Identification Test) является адаптированным и валидированным для Российской Федерации тестом, который предназначен для выявления рисков для здоровья, связанных с употреблением алкоголя, на уровне первичной медико-санитарной помощи. Заполнение теста RUS-AUDIT проводится медицинским работником в форме интервью.



Департамент здравоохранения города Москвы



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы  
«Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»