

# ТЕСТ НА ВОЗМОЖНОЕ НАЛИЧИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ВЫБЕРИТЕ «ДА» ИЛИ «НЕТ»:

- были ли у Ваших близких родственников онкологические заболевания? ☐ ДА ☐ НЕТ
- бывают ли у Вас периоды кашля на протяжении примерно 3-х месяцев в году? ☐ ДА ☐ НЕТ
- было ли у Вас когда-либо кровохарканье? ☐ ДА ☐ НЕТ
- бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул? ☐ ДА ☐ НЕТ
- бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия? ☐ ДА ☐ НЕТ
- бывают ли у Вас кровяные выделения с калом? ☐ ДА ☐ НЕТ
- похудели ли Вы за последнее время без видимых причин? ☐ ДА ☐ НЕТ
- есть ли у Вас родинки, изменившие свой внешний вид? ☐ ДА ☐ НЕТ

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ «ДА» ХОТЯ БЫ НА ОДИН ВОПРОС,  
ЭТО ПОВОД ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ У ВРАЧА.

НЕ ЗАНИМАЙТЕСЬ САМОЛЕЧЕНИЕМ.  
ЗАПИШИТЕСЬ НА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ!

# ТЕСТ НА ВОЗМОЖНОЕ НАЛИЧИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

ВЫБЕРИТЕ «ДА» ИЛИ «НЕТ»:

- страдают ли Ваши ближайшие родственники сахарным диабетом? ☐ ДА ☐ НЕТ
- у Вас есть лишний вес? ☐ ДА ☐ НЕТ
- у Вас есть сердечно-сосудистые заболевания? ☐ ДА ☐ НЕТ
- у Вас повышен уровень холестерина? ☐ ДА ☐ НЕТ
- был ли у Вас сахарный диабет во время беременности? (только для женщин) ☐ ДА ☐ НЕТ
- Вы ощущаете постоянную сухость во рту и жажду? ☐ ДА ☐ НЕТ

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ «ДА» ХОТЯ БЫ НА ОДИН ВОПРОС,  
ЭТО ПОВОД ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ У ВРАЧА.

НЕ ЗАНИМАЙТЕСЬ САМОЛЕЧЕНИЕМ. ЗАПИШИТЕСЬ НА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ!

## 3 СОСТАВЛЯЮЩИЕ ЗДОРОВЬЯ:

1. Правильное питание.
2. Ежедневная физическая активность.
3. Умение справляться со стрессом.

Если у Вас есть сложности с выполнением хотя бы одного из этих пунктов и Вы бы хотели научиться вести здоровый образ жизни – **пройдите диспансеризацию. Бесплатно. В поликлинике.**



информационный сетевой ресурс  
ЗДОРОВЬЕ УРАЛЬЦЕВ



8 800 200 0 200  
TAKZDOROVU.RU



Областной центр  
общественного здоровья  
и медицинской профилактики

| profilaktica.ru

# ПРОЙДИТЕ ТЕСТ И ОЦЕНИТЕ СВОЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ



В ВАШИХ РУКАХ ЭКСПРЕСС-ОПРОСНИК,  
И ПРЯМО СЕЙЧАС ВЫ СМОЖЕТЕ ПОНЯТЬ,  
ЕСТЬ ЛИ У ВАС ПОВОД ПОСЕТИТЬ ВРАЧА

ЛУЧШАЯ ЗАЩИТА — ЭТО ПРОФИЛАКТИКА!

## ТЕСТ НА ВОЗМОЖНОЕ НАЛИЧИЕ БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

ВЫБЕРИТЕ «ДА» ИЛИ «НЕТ»:

- Ваше артериальное давление 130/80 и выше? **ДА** **НЕТ**
- Вы страдаете стенокардией? **ДА** **НЕТ**
- появляются ли у Вас периодически ощущения боли или давления, жжения, тяжести или дискомфорта за грудиной, в левой половине грудной клетки, левом плече, левой руке, шее, левой нижней челюсти? **ДА** **НЕТ**
- бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня? **ДА** **НЕТ**
- у Вас повышен уровень холестерина? **ДА** **НЕТ**
- у Вас есть лишний вес? **ДА** **НЕТ**
- Вы курите?  
(в т.ч. электронные сигареты) **ДА** **НЕТ**

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ «ДА» ХОТЯ БЫ НА ОДИН ВОПРОС,  
ЭТО ПОВОД ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ У ВРАЧА.

НЕ ЗАНИМАЙТЕСЬ САМОЛЕЧЕНИЕМ.  
ЗАПИШИТЕСЬ НА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ!

## ТЕСТ НА ВОЗМОЖНОЕ НАЛИЧИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ВЫБЕРИТЕ «ДА» ИЛИ «НЕТ»:

- у Вас повышен уровень холестерина? **ДА** **НЕТ**
- имеются ли у Вас: периодические головокружения, головные боли; тошнота и рвота, не связанные с приемом пищи? **ДА** **НЕТ**
- возникала ли у Вас внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной или обеих руках или ногах, при которой Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате? **ДА** **НЕТ**
- возникало ли у Вас нарушение глотания, речи, заикание? **ДА** **НЕТ**
- возникало ли у Вас внезапное нарушение зрения: двоение предметов, выпадение полей зрения? **ДА** **НЕТ**
- Вам трудно перемещаться по дому, ходить по улице, подниматься по лестнице? **ДА** **НЕТ**
- если ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией в пространстве и времени? **ДА** **НЕТ**

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ «ДА» ХОТЯ БЫ НА ОДИН ВОПРОС,  
ЭТО ПОВОД ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ У ВРАЧА.



информационный сетевой ресурс  
ЗДОРОВЬЕ УРАЛЬЦЕВ



profilaktica.ru

## ТЕСТ НА ВОЗМОЖНОЕ НАЛИЧИЕ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С ЖЕНСКИМ ЗДОРОВЬЕМ

ВЫБЕРИТЕ «ДА» ИЛИ «НЕТ»:

- у Ваших родственников по материнской линии были онкологические заболевания? **ДА** **НЕТ**
- были ли у Вас: хронические воспалительные процессы в матке, яичниках / нарушения менструального цикла / мастит или рожистое воспаление молочной железы / длительная заместительная гормональная терапия / длительное использование оральных контрацептивов (более 10 лет)? **ДА** **НЕТ**
- наблюдаете ли Вы плотное образование в молочной железе / изменение очертания и формы, сморщивание или втяжение кожи молочной железы / ощущение дискомфорта или непривычную боль в молочной железе / кровянистые выделения из сосков? **ДА** **НЕТ**
- есть ли у Вас подвижные лимфатические узелки в подмышечной впадине? **ДА** **НЕТ**

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ «ДА» ХОТЯ БЫ НА ОДИН ВОПРОС,  
ЭТО ПОВОД ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ У ВРАЧА.

НЕ ЗАНИМАЙТЕСЬ САМОЛЕЧЕНИЕМ.  
ЗАПИШИТЕСЬ НА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ!