

**Анкета для сотрудника на выявление факторов риска развития
хронических неинфекционных заболеваний**

Наименование организации		Пол:			
Возраст: _____ лет.		М Ж			
1	Было ли у Вас неоднократное повышение артериального давления (выше 140/90)/артериальная гипертензия?	Да	Нет		
2	Было ли у Вас неоднократное повышение сахара в крови (выше 5,5 ммоль/л)/сахарный диабет?	Да	Нет		
3	Имеется ли у Вас избыточная масса тела (индекс массы тела (ИМТ) более 25. Расчет по формуле $ИМТ = \frac{\text{масса тела (кг)}}{\text{рост (м)}^2}$ ИЛИ объем талии: муж. более 94 см., женщ. более 80 см)?	Да	Нет		
4	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	Да	Нет		
5	Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?	До 30 минут Да	30 минут и более Нет		
6	Употребляете ли Вы ежедневно менее 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)?	Да	Более 400граммов Нет		
7	Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?	Да	Нет		
8	Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?				
	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	> 4 раз в неделю (4балла)