



**ФГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет  
им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России**

---

**КАРТА  
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

**№** \_\_\_\_\_

**Фамилия** \_\_\_\_\_

**Имя** \_\_\_\_\_

**Отчество** \_\_\_\_\_

1. Адрес \_\_\_\_\_

2. Живет постоянно в городе, селе (подчеркнуть)

3. № Страхового медицинского полиса ОМС \_\_\_\_\_

4. Социальное положение: 1- служащий; 2- рабочий; 3- учащийся; 4- неработающий

5. Образование \_\_\_\_\_

6. Место учебы \_\_\_\_\_

7. Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

8. Пол: муж. жен.

9. Адрес \_\_\_\_\_

10. Дата заполнения \_\_\_\_\_

## 1. Показатели состояния здоровья

№ пп	Наименование	Показатели
1	Рост	
2	Вес	
3	Частота сердечных сокращений	
4	Артериальное давление (АД)	
	Прочие показатели:	

## 2. Факторы риска развития социально-значимых заболеваний\*\*\*

1	Наследственность (ССЗ*, СД**, онкологические заболевания)	
2	Курение	
3	Избыточный вес	
4	Гиподинамия	
5	Стресс	
6	Повышенное АД	
7.	Нерациональное питание	
	Подпись врача	

\* после 2009 г. - вписать

\*ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания,

\*\*СД– сахарный диабет

\*\*\*отметить: есть, нет, не известно

## II. ОБЩИЕ ДАННЫЕ АНАМНЕЗА

1. Наследственные заболевания \_\_\_\_\_

2. Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Хронические заболевания:

Органов дыхания: \_\_\_\_\_

Сердечно-сосудистые заболевания \_\_\_\_\_

Органов пищеварения \_\_\_\_\_

Почек и мочевыводящих путей \_\_\_\_\_

ЦНС \_\_\_\_\_

Эндокринной системы \_\_\_\_\_

Новообразования \_\_\_\_\_

Др. заболевания \_\_\_\_\_

4. Перенесенные травмы \_\_\_\_\_

5. Перенесенные операции \_\_\_\_\_

6. Употребление алкоголя:

Крепкие алкогольные напитки, слабоалкогольные напитки;

Случайное, мало, много, часто, не употребляет (подчеркнуть)

7. Табакокурение: с какого возраста \_\_\_\_\_; по \_\_\_\_\_ штук в день; \_\_\_\_\_ не курит

8. Питание:

Режим питания:

регулярный, нерегулярный (подчеркнуть);

Характер питания:

преобладание компонентов продуктов питания: белки, жиры, углеводы (подчеркнуть);

калорийность рациона: высокая, низкая (подчеркнуть).

9. Сон: 7-9 часов, менее 7 часов, более 9 часов (подчеркнуть)

10. Занятия физкультурой и спортом: систематические, случайные, не занимается (подчеркнуть)

Физкультура: утренняя гимнастика, бег, ходьба на лыжах, езда на велосипеде,

оздоровительное плавание, игра в теннис и др. \_\_\_\_\_

Спорт: вид \_\_\_\_\_

11. Активность образа жизни: \_\_\_\_\_

Характер отдыха: активный, пассивный, смешанный (подчеркнуть)

12. Характер труда:

Работа: нормированный, ненормированный рабочий день;

сидячая, на ногах, разъезды, другая (указать) \_\_\_\_\_

### III. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Рост \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_ Индекс массы тела \_\_\_\_\_ ( N – 25 )
2. Артериальное давление \_\_\_\_\_ ( N – менее 140/90 мм.рт.ст. )
3. Холестерин \_\_\_\_\_ ( N – менее 5,0 ммоль/л )
4. Глюкоза \_\_\_\_\_ ( N – менее 6,5 ммоль/л на тощак или 7,6 ммоль/л после еды )
5. Спирометрия \_\_\_\_\_  
ЖЕЛ \_\_\_\_\_ ФЖЕЛ \_\_\_\_\_ ОФБ1 \_\_\_\_\_ ОФВ1/ЖЕЛ \_\_\_\_\_
- 6.

Наименование обследования	Результат обследования
Скрининг-оценка уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, параметры физического развития	
Экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей	

Наименование обследования	Результат обследования
Ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчета плече-лодыжечного индекса	
Комплексная детальная оценки функций дыхательной системы – компьютеризированная спирометрия	
Биоимпедансметрия (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани)	

Наименование обследования	Результат обследования
Анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина	
Анализ котинина и других биологических маркеров в крови и моче	
Пульсоксиметрия	

7. Результаты осмотров:

Дата	Врач	Заключение



#### IV. ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

##### 1. Состояние здоровья:

здоров

имеет функциональные отклонения (указать какие) \_\_\_\_\_

выявленные симптомы \_\_\_\_\_

факторы риска заболеваний \_\_\_\_\_

##### 2. Рекомендации, назначение индивидуальных планов и их выполнение:

Врач	Рекомендации, индивидуальные планы	Выполнение

Дата заполнения \_\_\_\_\_