АНКЕТА-ОПРОСНИК

по раннему выявлению злокачественных новообразований головы и шеи

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контакты (телефон) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Жалобы | Да | Нет |
| Кашель более 3 недель, не связанный с воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей |  |  |
| Изменения голоса (охриплость, осиплость, гнусавость) |  |  |
| Наличие язв слизистых оболочек ротовой полости |  |  |
| Наличие острых краев зубов, травмирующих язык и слизистую оболочку полости рта |  |  |
| Затруднение при глотании или ощущение застрявшей пищи в горле |  |  |
| Кровохарканье |  |  |
| Уплотнение, узлы в области шеи |  |  |
| Одностороннее или двустороннее затруднение носового дыхания длительное время |  |  |
| Частые кровянистые выделения из носа |  |  |
| Снижение веса более 10 кг за последние 6 месяцев |  |  |
| Расстройства зрения, слуха, обоняния, нарушения кожной чувствительности |  |  |