**ОПРОСНИК ПО СКРИНИНГУ ГЭРБ**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО |  |
| Год рождения |  |
| Рост |  |
| Масса тела |  |
| Домашний адрес |  |
| Контактный телефон |  |
| 1. Как часто вас беспокоила изжога?
 | Ежедневно | Два и более раз в 1 нед | Один раз в 1 нед | Один или более раз в 1 мес  |
| 1. Беспокоила ли вас изжога (ощущение жжения, которое распространяется от желудка или от низа грудной клетки вверх по направлению к шее) в течение последнего месяца?
 | Нет | Изредка | Большую часть времени  | Постоянно |
| 1. Как часто вас беспокоит изжога во время сна?
 | Никогда | Изредка | Большую часть времени  | Постоянно |
| 1. Беспокоила ли вас боль в нижней трети грудины в горизонтальном положении и/или при наклонах туловища вперед?
 | Никогда | Изредка | Большую часть времени  | Постоянно |
| 1. Беспокоили ли вас перебои в работе сердца/ощущения «переворачивания» сердца в течение последнего месяца?
 | Никогда | Изредка | Большую часть времени  | Постоянно |
| 1. Беспокоит ли вас чувство жжения языка, привкус кислого во рту в течение последнего месяца?
 |  |  |  |  |
| 1. Беспокоило ли вас чувство затрудненного/болезненного глотания в течение прошедшего месяца?
 | Никогда | Изредка | Большую часть времени  | Постоянно |
| 1. Беспокоило ли вас покашливание в течение прошедшего месяца?
 | Никогда | Изредка | Большую часть времени  | Постоянно |
| 1. Беспокоила ли вас охриплость голоса, чувство першения в горле в течение последнего месяца?
 | Никогда | Изредка | Большую часть времени  | Постоянно |
| 1. Беспокоило ли вас тяжелое дыхание/храп во сне в течение прошедшего месяца?
 | Никогда | Изредка | Большую часть времени  | Постоянно |
| 1. Когда и с какой целью вы обращались послед ний раз к стоматологу (профилактический осмотр, лечение зубов, лечение слизистой оболочки полости рта и языка)?
 | Нет | Да (по возможности укажите выявленные у вас патологические изменения со стороны зубной эмали, слизистой оболочки полости рта и языка): |
| 1. Принимали ли медикаменты для устранения вышеуказанных жалоб?
 | Нет | Да (если да, заполните следующую таблицу): |
| Препарат (нужное подчеркнуть) | Сколько раз в неделю принимали препарат?  | Сколько месяцев принимали препарат? | Насколько хорошо препарат помогал? |
| Омепразол, Лансопразол, Пантопразол, Эзомепразол, Рабепразол, Ранитидин, Фамотидин, «Маалокс», «Альмагель», «Ренни», Сода, Другие | 1 2 3 4 и более | Менее 1 | Хорошо |
| От 1 до 6 | Частично |
| Более 6 | Не помогал |