**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 | | |