

## АНКЕТА ДЛЯ РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ТЕСТАХ 50.25 ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ:

### ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

Фамилия <input style="width: 100%;" type="text"/> Имя <input style="width: 100%;" type="text"/> Отчество <input style="width: 100%;" type="text"/>	Дата рождения <input style="width: 100%;" type="text"/> Раса <input style="width: 100%;" type="text"/> Вес, кг <input style="width: 50%;" type="text"/> Рост, м <input style="width: 50%;" type="text"/>
--	--

### 50.25.002 ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ, БАЗОВЫЙ:

Окружность талии (ОТ)	см
Окружность бедер (ОБ)	см

### 50.25.003 ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ, РАСШИРЕННЫЙ:

Окружность талии (ОТ)	см
Окружность бедер (ОБ)	см
Курение	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
Если ваш ответ ДА отметьте	
• бывший курильщик	<input type="checkbox"/>
• легкая интенсивность курения (менее 10 сигарет/сут)	<input type="checkbox"/>
• средняя интенсивность курения (от 10 до 19 сигарет/сут)	<input type="checkbox"/>
• высокоинтенсивный курильщик (20 сигарет/сут и более)	<input type="checkbox"/>
Сахарный диабет	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
Стенокардия/инфаркт или инсульт у матери или отца до 60 лет?	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
Хроническая болезнь почек (3, 4 или 5 стадия)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
Мерцательная аритмия	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
Артериальная гипертензия – проходите лечение	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
Мигрень	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
Ревматоидный артрит	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
Системная красная волчанка (СКВ)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
Тяжелое психическое заболевание (включает шизофрению, биполярное расстройство и умеренную/тяжелую депрессию)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
Принимаете антипсихотические препараты	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
Вы принимаете обычные стероидные таблетки	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
Диагностика или лечение эректильной дисфункции	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
Систолическое артериальное давление	мм.рт.ст.
Разница показаний систолического артериального давления между двумя последними измерениями	мм.рт.ст.

**!** Обращаем Ваше внимание, что при заказе указанных тестов / создании заявки в ЛИС необходимо заполнить анкету с указанием дополнительных данных для анализа. При отсутствии конкретных данных по одной или нескольким переменным для расчета предварительного балла будут использованы средние популяционные значения. Для получения более конкретной оценки необходимо вводить индивидуальные значения