



Опросник направлен на выявление проблем, характерных для пожилого возраста

Ответьте «да» или «нет» на следующие вопросы		ДА	НЕТ
1	Были ли у Вас случаи падений за последний год?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъеме на 1 лестничный пролет?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если Вы ответили положительно на 5 и более вопросов, то Вам требуется помощь врача-гериатра

