АНКЕТА О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

Уважаемый(-ая) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сообщенные Вами сведения позволят врачу подобрать эффективную анестезию, лекарства и методы лечения, правильно составить план лечения. Врач пояснит: есть ли связь между Вашим общим здоровьем и состоянием полости рта. По каждому пункту анкеты необходимо ответить ДА или НЕТ. Ваши данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Последнее посещение врача-стоматолога (месяц, год): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ |
| Заболевания сердца | ДА | НЕТ |
| Инфаркт миокарда | ДА | НЕТ |
| Наличие кардиостимулятора | ДА | НЕТ |
| Заболевания сосудов | ДА | НЕТ |
| Инсульт | ДА | НЕТ |
| Повышение или понижение артериального давления | ДА | НЕТ |
| Заболевания легких | ДА | НЕТ |
| Бронхиальная астма | ДА | НЕТ |
| Заболевания желудочно-кишечного тракта | ДА | НЕТ |
| Заболевания печени | ДА | НЕТ |
| Заболевания почек | ДА | НЕТ |
| Заболевания щитовидной, паращитовидной и других желез | ДА | НЕТ |
| Сахарный диабет | ДА | НЕТ |
| Травмы | ДА | НЕТ |
| Сотрясение головного мозга | ДА | НЕТ |
| Эпилепсия и другие заболевания центральной и периферической нервной системы | ДА | НЕТ |
| Заболевания крови | ДА | НЕТ |
| Заболевания уха, горла, носа | ДА | НЕТ |
| Заболевания костной системы, суставов | ДА | НЕТ |
| Заболевания кожи | ДА | НЕТ |
| Нейродермит | ДА | НЕТ |
| Проводилось исследование на СПИД? | ДА | НЕТ |
| Если исследование на СПИД проводилось, какой был результат? | + | – |
| Диарея (поносы), запоры | ДА | НЕТ |
| Головные боли (в том числе беспричинные) | ДА | НЕТ |
| Венерические заболевания | ДА | НЕТ |
| Инфекционные заболевания (ВИЧ, гепатит, туберкулез и др.) | ДА | НЕТ |
| Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или других лекарственных препаратов | ДА | НЕТ |
| Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет | ДА | НЕТ |
| Были ли операции | ДА | НЕТ |
| Другие заболевания | ДА | НЕТ |
| АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ |
| На местные анестетики | ДА | НЕТ |
| На антибиотики | ДА | НЕТ |
| На сульфаниламиды | ДА | НЕТ |
| На препараты йода | ДА | НЕТ |
| На гормональные препараты | ДА | НЕТ |
| На другие лекарственные препараты (если да, укажите какие) | ДА | НЕТ |
| На пыльцу, растения | ДА | НЕТ |
| На пищевые продукты | ДА | НЕТ |
| На шерсть животных | ДА | НЕТ |
| На другие вещества | ДА | НЕТ |
| ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НАСТОЯЩЕМ ВРЕМЕНИ ИЛИ В ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ |
| Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты (если да, то какие) | ДА | НЕТ |
| Лечусь (проводилось лечение) | ДА | НЕТ |
| Состою на учете в лечебном учреждении | ДА | НЕТ |
| Последнее общемедицинское обследование проводилосьмесяц \_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ДА | НЕТ |
| Проводилось ли переливание крови (когда) | ДА | НЕТ |
| Проводились ли инъекции (внутримышечные, подкожные) за последние 6 месяцев | ДА | НЕТ |
| ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ |
| Являюсь донором | ДА | НЕТ |
| Расскажите, пожалуйста, об увлечениях и последних достижениях ребенка (для того, чтобы врач быстрее нашел общий язык с ребенком) |
| ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ |
| При прохождении стоматологического лечения в прошлом были:аллергические реакции | ДА | НЕТ |
| Продолжительные кровотечения | ДА | НЕТ |
| Какие-либо другие осложнения во время или после лечения | ДА | НЕТ |
| Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе | ДА | НЕТ |
| Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная) | ДА | НЕТ |
| Появление герпеса («простуды») на губах с периодичностью \_\_\_\_\_\_\_\_ в год | ДА | НЕТ |
| Появление трещин губ, заед | ДА | НЕТ |
| Изменилось положение губы (верхней, нижней) или изменилась улыбка | ДА | НЕТ |
| Бруксизм (ночное скрежетание зубов) | ДА | НЕТ |
| Периодическое появление язв в полости рта | ДА | НЕТ |
| Периодическая или постоянная сухость во рту | ДА | НЕТ |
| Хотелось бы изменить цвет или форму зубов | ДА | НЕТ |
| Чувствую запах изо рта | ДА | НЕТ |
| Вредные привычки (курение, прием алкоголя и наркотических средств) | ДА | НЕТ |
| ДЛЯ ПАЦИЕНТОК |
| Вы беременны | ДА | НЕТ |
| Являетесь кормящей матерью | ДА | НЕТ |
| Имеются нарушения менструального цикла | ДА | НЕТ |
| Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты | ДА | НЕТ |
| Последнее посещение врача-гинеколога в (мес. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_ ) | ДА | НЕТ |

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_