

АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТА

Сообщенные Вами сведения позволят врачу подобрать эффективную анестезию, лекарства и методы лечения, правильно составить план лечения. Врач пояснит (в оправданных случаях): есть ли связь между Вашим общим здоровьем и состоянием полости рта. Ваши данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Последнее посещение врача-стоматолога (месяц, год): _____

По каждому пункту анкеты надо отвечать (обвести «кржжочком» правильный ответ: ДА или НЕТ):

| ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | | |
|---|----|-----|
| 01 Заболевания сердца | ДА | НЕТ |
| 02 Инфаркт миокарда | ДА | НЕТ |
| 03 Наличие кардиостимулятора | ДА | НЕТ |
| 04 Заболевания сосудов | ДА | НЕТ |
| 05 Инсульт | ДА | НЕТ |
| 06 Повышенное артериальное давление | ДА | НЕТ |
| 07 Пониженное артериальное давление | ДА | НЕТ |
| 08 Заболевания легких | ДА | НЕТ |
| 09 Бронхиальная астма | ДА | НЕТ |
| 10 Заболевания желудочно-кишечного тракта | ДА | НЕТ |
| 11 Заболевания печени | ДА | НЕТ |
| 12 Заболевания почек | ДА | НЕТ |

| | | |
|---|----|-----|
| 13 Заболевания щитовидной, паращитовидной железы, др. желез | ДА | НЕТ |
| 14 Сахарный диабет | ДА | НЕТ |
| 15 Сотрясения головного мозга | ДА | НЕТ |
| 16 Эпилепсия | ДА | НЕТ |
| 17 Заболевания центральной (ЦНС)и периферической (ПНС) нервной системы | ДА | НЕТ |
| 18 Заболевания крови | ДА | НЕТ |
| 19 Нарушение свертываемости крови | ДА | НЕТ |
| 20 Заболевания уха, горла, носа | ДА | НЕТ |
| 21 Глаукома (повышенное внутриглазное давление) | ДА | НЕТ |
| 22 Заболевания костной системы, суставов | ДА | НЕТ |
| 23 Заболевания кожи | ДА | НЕТ |
| 24 Нейродермит | ДА | НЕТ |
| 25 Проводилось исследование на СПИД (если ДА, то когда, результат (+/-)) | ДА | НЕТ |
| 26 Головные боли (в том числе беспричинные) | ДА | НЕТ |
| 27 Венерические заболевания | ДА | НЕТ |
| 28 Бывает головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарств | ДА | НЕТ |

| | | |
|--|----|-----|
| 29 Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет | ДА | НЕТ |
| 30 Были операции: (месяц: год:) | ДА | НЕТ |
| 31 Другие заболевания: | ДА | НЕТ |
| ВЫЯВЛЕНЫ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ | | |
| Местные анестетики(какие:_____) | ДА | НЕТ |
| Антибиотики (какие:_____) | ДА | НЕТ |
| Сульфаниламиды(какие:_____) | ДА | НЕТ |
| Препараты йода | ДА | НЕТ |
| Гормональные препараты | ДА | НЕТ |
| Другие лекарственные препараты:(какие:_____) | ДА | НЕТ |
| Пыльцу и растения | ДА | НЕТ |
| Пищевые продукты | ДА | НЕТ |
| Шерсть животных | ДА | НЕТ |
| Другие вещества: | ДА | НЕТ |
| | | |

| ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НАСТОЯЩЕМ ВРЕМЕНИ ИЛИ В ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ | | |
|---|----|-----|
| 32 Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты | ДА | НЕТ |
| если ДА, то какие: | | |
| 33 Состою на учете в лечебном учреждении по поводу: | ДА | НЕТ |
| 34 Последнее общемедицинское обследование проводилось, когда: | ДА | НЕТ |
| 35 Проводилось переливание крови, когда: | ДА | НЕТ |
| 36 Проводились инъекции (внутримышечные, подкожные и др.), когда: | ДА | НЕТ |
| ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ | | |
| 37 Являюсь донором | ДА | НЕТ |
| 38 Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, высокое давление, температура, вибрации и др.) | ДА | НЕТ |
| ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ | | |
| 39 В настоящее время испытываете острую зубную боль | ДА | НЕТ |
| 40 При прохождении стоматологического лечения в прошлом были аллергические реакции | ДА | НЕТ |
| 41 При прохождении стоматологического лечения в прошлом были продолжительное кровотечение | ДА | НЕТ |
| 42 При прохождении стоматологического лечения в прошлом были другие осложнения во время или после лечения: | ДА | НЕТ |

| | | |
|---|----------------|-------------------|
| 43 Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе (ВНЧС) | ДА | НЕТ |
| 44 Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная) | ДА | НЕТ |
| 45 Появление герпеса («простуды») на губах с периодичностью _____(раз в год) | ДА | НЕТ |
| 46 Появление трещин губ, заед | ДА | НЕТ |
| 47 Бруксизм (ночное скрежетание зубов) | ДА | НЕТ |
| 48 Периодическая или постоянная сухость во рту | ДА | НЕТ |
| 49 Периодическое появление язв в полости рта | ДА | НЕТ |
| 50 Запах изо рта | ДА | НЕТ |
| <u>Вредные привычки:</u> 51 курение, 52 прием алкоголя 53 прием наркотических средств) | ДА ДА ДА | НЕТ НЕТ НЕТ |
| 54 Укажите группу крови резус-фактор | ДА | НЕТ |
| ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ -ДЕТЕЙ | | |
| 55 Данный визит к стоматологу для ребенка является первым? | ДА | НЕТ |
| 56 Проводилось ли ранее стоматологическое лечения (не считая осмотр/консультации)? | ДА | НЕТ |
| 57 Применение местной анестезии (обезболивание) при стоматологическом лечении? | ДА | НЕТ |

| | | |
|--|----|-----|
| 58 Применение седации/ общего наркоза при проведении стоматологического лечения? | ДА | НЕТ |
| 59 Ребенок испытывает страх к стоматологу? | ДА | НЕТ |
| 60 Ребенок испытывает страх к другим врачам? | ДА | НЕТ |
| 61 Ребенок испытывает страх к шумным приборам (машинка для стрижки волос, пылесос...)? | ДА | НЕТ |
| 62 Отрицательный опыт лечения (лечение с удержанием, отказ в лечении и др.)? | ДА | НЕТ |
| ДЛЯ ПАЦИЕНТОК | | |
| 63 Вы беременны? | ДА | НЕТ |
| 64 Являетесь кормящей матерью? | ДА | НЕТ |
| 65 Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты? | ДА | НЕТ |
| 66 Посещение врача-гинеколога в последние 6 мес.? | ДА | НЕТ |

Мои ответы на пункты анкеты были искренними. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:_____

Мне известно, что от состояния моего здоровья зависят:

- Результаты лечения, В случае приема лекарств перед посещением стоматолога, мне надо ему сообщить об этом врачу
- Анкету о здоровье надо заполнять вновь каждый год