

## АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

Уважаемый пациент, данная информация о состоянии Вашего здоровья необходима в целях обеспечения успешного и безопасного решения Ваших стоматологических проблем, так как процесс лечения и его ближайшие и отдаленные результаты могут быть связаны с заболеваниями различных органов и систем, приемом лекарств, физиологическими особенностями организма.

Внимательно заполните анкету. Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использованы только в целях лечения и профилактики и не будут доступны посторонним лицам.

Неполная или неправильная информация может навредить Вашему здоровью.

**Ф.И.О.** \_\_\_\_\_

**Дата рождения:** «\_\_\_\_» \_\_\_\_ г.

**Последнее посещение стоматолога проводилось в \_\_\_\_\_ году**

1.	Ваше эмоциональное состояние: тревожное, безразличное, страх перед лечением ( <i>нужное подчеркнуть</i> ).		
2.	Вирусный гепатит (если да, то какого типа «_____» и когда _____ год)	ДА	НЕТ
3.	Туберкулез	ДА	НЕТ
4.	СПИД	ДА	НЕТ
5.	ВИЧ	ДА	НЕТ
6.	Были ли у Вас аллергические реакции в виде головокружения или потери сознания, удушья, крапивницы, отека Квинке, зуда и покраснения кожи ( <i>нужное подчеркнуть</i> ) на:  • местные анестетики • антибиотики • сульфаниламидные препараты • препараты йода • гормональные средства • пищевые продукты • пыльца растений • шерсть животных • металлы • анальгетики (анальгин, аспирин и др.) • другие аллергены (указать конкретно).	ДА	НЕТ
7.	Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
8.	Болеете ли в настоящий момент ОРВИ	ДА	НЕТ
9.	Имеете ли Вы постоянно увеличенные лимфатические узлы	ДА	НЕТ
10.	Проводились ли Вам инъекции за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
11.	Проводились ли Вам переливания крови (если да, то когда _____ и по какому поводу _____)	ДА	НЕТ
12.	Отмечаете ли Вы потерю веса за последние 6 месяцев (если да, то в чем, по Вашему мнению, причина похудения .....)	ДА	НЕТ
13.	Онкозаболевание (если да, то какое _____ давность _____)	ДА	НЕТ
14.	Были ли у Вас язвы в полости рта	ДА	НЕТ
15.	Получали ли Вы лучевую/химиотерапию за последние 10 лет	ДА	НЕТ
16.	Остеопороз	ДА	НЕТ
17.	Принимаете ли Вы бифосфонаты (если да, то с какого времени _____)	ДА	НЕТ
18.	Заболевания ЛОР-органов (гайморит, отит, фарингит, тонзилит и др.)	ДА	НЕТ

19.	Были ли у Вас операции под наркозом за последние полгода (если да, то когда _____ и по какому поводу _____)	ДА	НЕТ
20.	Заболевания эндокринных органов	ДА	НЕТ
21.	Сахарный диабет	ДА	НЕТ
22.	Часто ли у Вас бывает сухость во рту?	ДА	НЕТ
23.	Автоиммунные заболевания	ДА	НЕТ
24.	Порок сердца	ДА	НЕТ
25.	Установлен искусственный клапан сердца	ДА	НЕТ
26.	Ишемическая болезнь сердца	ДА	НЕТ
27.	Перенес острый инфаркт миокарда (когда _____)	ДА	НЕТ
28.	Установлен кардиостимулятор	ДА	НЕТ
29.	Отмечаете ли Вы изменения артериального давления: • повышение артериального давления (цифры _____) • понижение артериального давления (цифры _____) • каковы цифры обычного для Вас артериального давления _____	ДА ДА ДА	НЕТ НЕТ НЕТ
30.	Заболевания центральной нервной системы (неврозы, панические атаки и др.)	ДА	НЕТ
31.	Нарушение мозгового кровообращения, инсульт	ДА	НЕТ
32.	Бывают ли у Вас периоды потери сознания или судорожные припадки	ДА	НЕТ
33.	Сотрясения головного мозга	ДА	НЕТ
34.	Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
35.	Заболевания печени	ДА	НЕТ
36.	Нарушения свертываемости крови, анемия, гемофилия • были ли у Вас раньше длительные кровотечения после удаления зуба, хирургических вмешательств, травм • легко ли у Вас образуются кровоподтеки (синяки) • страдаете ли Вы носовыми кровотечениями	ДА ДА ДА	НЕТ НЕТ НЕТ
37.	Заболевания мочевыделительной системы	ДА	НЕТ
38.	Заболевания кожи (если да, то какие _____)	ДА	НЕТ
39.	Заболевания опорно-двигательного аппарата	ДА	НЕТ
40.	Травмы челюстно-лицевой области (если да, то когда _____ и какие _____)	ДА	НЕТ
41.	Принимаете ли Вы <b>постоянно</b> какие-либо лекарства, если да, то какие _____	ДА	НЕТ
42.	Курите ли Вы (если да, то как долго _____)		
43.	Для женщин: - беременны ли Вы - являетесь ли Вы кормящей матерью	ДА ДА	НЕТ НЕТ

Дополнительно хочу сообщить о состоянии здоровья следующее:

**Я знаю, что в случае использования лекарственных препаратов накануне стоматологического приема, должен (на) сообщить об этом врачу.**

«\_\_\_\_\_» 20 \_\_\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_