922-022-60-728-922-022-60-72 По решению Всемирной организации Здравоохранения во всех мединских учреждениях развитых стран введена анкета о здоровье пациента.

Анкета о здоровье
Уважаемый пациент!

Врачу необходима информация о Вашем состоянии здоровья в целях обеспечения успешного и безопасного решения 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 предлагаемую анкету.

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

Фамилия _____

Имя Отчество _____

Дата рождения _____

Последнее посещение стоматолога проводилось в _____ году.

Какую стоматологическую проблему вы хотели бы решить: (нужное подчеркнуть)

а) лечение зубов; б) лечение десен; в) профилактический осмотр/ гигиеническая чистка; г) лечение брекет-системой; д) эстетическая реставрация зубов.

1	Вирусный гепатит, если да, то какого " " типа и когда	
2	Туберкулез	
3	Проводились ли Вам переливание крови	
	Если да, то когда и по какому поводу	
4	Проводились ли Вам инъекции за последние 6 месяцев	
5	Были ли у Вас язвы в полости рта	
6	Была ли у Вас длительнаянеобъяснимая лихорадка	
7	Были ли у Вас длительны боли в горле и затруднённое глотание	
8	Имеете ли Вы постоянно увеличенные лимфатические узлы	
9	Отмечаете ли Вы наличие багровых или красных участков на коже, сыпь	
10	Ночная потливость	
11	Диарея (поносы)	
12	Отмечаете ли Вы потерю веса за последние 6 месяцев	
	Если да, то в чём, по Вашему мнению, причина похудения	
13	Онкозаболевание	
	Если да, то какое давность	
14	Получали ли Вы лучевую терапию, химиотерапию за последние 10 лет	
15	Заболевания эндокринных органов	
16	Заболевания кожи	
	Если да, то какие	
17	Нейродермит	
18	Заболевание мочевыделительной системы	
19	Заболевание желудочно-кишечного тракта	
20	Заболевания опорно-двигательного аппарата	
21	Заболевания ЛОР-органов (ухо, горло, нос)	
22	Травмы челюстно-лицевой области	
	Если да, то когда и какие	
23	Были ли у Вас операции под наркозом за последние полгода	
	Если да, то когда _____ и по какому поводу _____	

24	Сахарный диабет	
25	Часто ли у Вас бывает сухость во рту	
26	Порок сердца	
27	Установлен искуственный клапан сердца	
28	Ишеническая болезнь сердца	
29	Установлен кардиостимулятор	
30	Перенесен острый инфаркт миакарда в _____ году	
31	Варикозная болезнь, тромбофлебит	
32	Отмечаете ли Вы значительные изменения артериального давления:	
	• повышение артериального давления	
	• понижение артериального давления	
	• каковы цифры Вашего обычного давления _____	
33	Заболевания центральной нервной системы	
34	Бывают ли у Вас периоды потери сознания или судорожные припадки	
35	Сотрясения головного мозга	
36	Бронхиальная астма	
37	Заболевания печени	
38	Нарушения свертываемости крови	
	• были ли у Вас раньше длительные кровотечения после удаления зуба, хирургических вмешательств, травм	
	• легко ли у Вас образуются кровоподтеки (синяки)	
	• стардаете ли Вы носовыми кровотечениями	
39	Принимаете ли Вы постоянно какие-либо лекарства, если да, то какие _____	
40	Были ли у Вас аллергические реакции в виде головокружения или потери сознания, удушья, крапивницы, отека Квинке, зуда и покраснения кожи *(нужное подчеркнуть)* на:	
	• местные анестетики	
	• антибиотики	
	• сульфаниламидные препараты	
	• препараты йода	
	• гормональные средства	
	• пищевые продукты	
	• пыльца растений	
	• шерсть животных	
	• металлы	
	• аналгетики (анальгин, аспирин и др.)	
	• другие аллергены _____	

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

" _____" _____ 20 ___ г. Подпись пациента _____