

**Уважаемый пациент!**

Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия и степени развития общих заболеваний организма. Врачу-стоматологу очень важны сведения о состоянии **Вашего** здоровья. Они помогут правильно составить план лечения, обеспечить безопасность и эффективность проведения лечебных мероприятий, дать обоснованные гарантии на выполненную работу.

Неправильная информация может повредить Вашему здоровью!

**АНКЕТА - ОПРОСНИК О ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТА за 202\_\_год  
ПЕРЕД СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МАНИПУЛЯЦИЕЙ**

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Отвечая на вопросы анкеты, необходимо **обвести** нужный вариант ответа «**ДА**» или «**НЕТ**» по каждому пункту. Сообщенные Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам. Конфиденциальность гарантируется.

<b>ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>		
Сердца (стенокардия, сердцебиение и т.п.)	ДА	НЕТ
<b>Инфаркт миокарда</b>	ДА	НЕТ
Наличие кардиостимулятора	ДА	НЕТ
Заболевания сосудов	ДА	НЕТ
<b>Инсульт</b>	ДА	НЕТ
Повышенное артериальное давление	ДА	НЕТ
Пониженное артериальное давление	ДА	НЕТ
Заболевания легких	ДА	НЕТ
Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
<b>Туберкулез</b>	ДА	НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
Заболевания печени	ДА	НЕТ
Заболевания почек	ДА	НЕТ
<b>Заболевания щитовидной, паразитовидной и др. желез</b>	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Травмы челюстно-лицевой области	ДА	НЕТ
Сотрясение головного мозга	ДА	НЕТ
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	ДА	НЕТ
<b>Нарушение свертываемости крови</b>	ДА	НЕТ
Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа)	ДА	НЕТ
Заболевание гайморовых пазух	ДА	НЕТ
Бывают длительные боли в горле или затрудненное глотание	ДА	НЕТ
Заболевания костной системы, суставов	ДА	НЕТ
Заболевания кожи	ДА	НЕТ
Периодически появляются багровые или красные участки на коже, сыпь	ДА	НЕТ
Проводилось ли исследование на ВИЧ, гепатит В и С, сифилис (если «Да», то когда?) _____ год	ДА	НЕТ
если «ДА», то каков результат	полож	отриц
<b>Инфекционные заболевания</b>	ДА	НЕТ
Инфекционные заболевания (для детей) (за последний год)	ДА	НЕТ
Грибковые заболевания (кандидоз полости рта)	ДА	НЕТ
Была ли длительная необъяснимая лихорадка	ДА	НЕТ
Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы)	ДА	НЕТ
Беспричинные головные боли	ДА	НЕТ
Отмечается потеря веса за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
<b>Венерические заболевания</b>	ДА	НЕТ
<b>Являетесь ли Вы донором</b>	ДА	НЕТ
Проводилось ли переливание крови (если «Да», то когда?) _____ год	ДА	НЕТ
Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	ДА	НЕТ
Проводилось ли косметическое лечение	ДА	НЕТ
<b>Онкология</b>	ДА	НЕТ
Наличие постоянно или периодически принимаемых лекарственных препаратов	ДА	НЕТ
Проводилось ли лечение других заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы	ДА	НЕТ
Другие заболевания (указать какие) _____	ДА	НЕТ
Состою на учете в лечебном учреждении	ДА	НЕТ

Операции	ДА	НЕТ
Заболевания глаз	ДА	НЕТ
Глаукома (повышение внутриглазного давления)	ДА	НЕТ
Ночная потливость	ДА	НЕТ
Дисбактериоз кишечника, частые диареи (поносы)	ДА	НЕТ
<b>АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ И ИХ ПРОЯВЛЕНИЯ</b>		
Аллергические реакции (указать, на что у Вас возникают аллергические реакции, в том числе и лекарственные препараты на которые возникает аллергия) _____		
Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов	ДА	НЕТ
* на местные анестетики	ДА	НЕТ
* на антибиотики	ДА	НЕТ
* на сульфаниламиды		
* на препараты йода		
* на пыльцу и растения		
* на пищевые продукты		
* на шерсть животных		
<b>СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ</b>		
Последнее посещение врача-стоматолога _____ (месяц и год)		
Проводилась ли ранее анестезия в полости рта	ДА	НЕТ
Случались ли ранее осложнения от местной анестезии	ДА	НЕТ
Наличие болей, щелканья в нижнечелюстном суставе	ДА	НЕТ
Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)	ДА	НЕТ
Появления герпеса («простуды») на губах с периодичностью ___ раз в год	ДА	НЕТ
Появление трещин губ, заед	ДА	НЕТ
Изменилось положение губы (верхней, нижней) или изменилась улыбка	ДА	НЕТ
Бруксизм (скрежетание зубами)	ДА	НЕТ
Периодическое появление язвочек в полости рта	ДА	НЕТ
Хотелось бы изменить цвет зубов	ДА	НЕТ
Хотелось бы изменить форму зубов	ДА	НЕТ
Сухость полости рта	ДА	НЕТ
Сколько раз в сутки проводится гигиена полости рта		
Пользовался ранее протезами полости рта	ДА	НЕТ
<b>ДЛЯ ПАЦИЕНТОК</b>		
Беременны ли Вы	ДА	НЕТ
Являетесь ли Вы кормящей матерью	ДА	НЕТ
Имеются ли нарушения менструального цикла	ДА	НЕТ
Климакс	ДА	НЕТ
Принимаете ли Вы противозачаточные препараты или иную терапию	ДА	НЕТ
Последнее посещение врача-гинеколога в _____ году		
<b>АНАМНЕЗ ЖИЗНИ</b>		
Наличие хронических интоксикаций (курение, прием алкоголя, наркотических средств)	ДА	НЕТ
Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, высокое давление, вибрации и т.д)	ДА	НЕТ
Регулярно и достаточно ли Вы питаетесь	ДА	НЕТ
Имеются ли наследственные заболевания	ДА	НЕТ
Имеются ли нарушения режима и ритма жизни	ДА	НЕТ
Есть ли инвалидность	ДА	НЕТ
Последнее общемедицинское обследование проводилось в _____ году		

Я достоверно ответил (-а) на пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

\_\_\_\_\_

Я понимаю, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять (не менее одного раза в шесть месяцев).  
Мне известно, что результаты лечения (выполнения работ) зависят от состояния моего здоровья.  
Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, мне надо сообщить об этом врачу.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (ФИО).