|  |  |
| --- | --- |
| диа | **Приложение**  **к медицинской карте №\_\_\_\_\_\_** |

**Анкета здоровья пациента**

***Уважаемый пациент!***

***Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с вопросами к анамнезу и ответьте на них полностью, давая только утвердительные ответы. Данная информация необходима для того, чтобы стоматологическое лечение соответствовало состоянию Вашего здоровья.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество пациента)

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

Вопросы к анамнезу:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Когда Вам проводилось последнее стоматологическое лечение?  (например: удаление зубов, имплантация и др.) |  | |
| Принимаете ли Вы в данное время медикаменты? Если да, то, какие и сколько в день?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | да | нет |
| Болеутоляющие? | да | нет |
| Снотворные? | да | нет |
| Успокоительные? | да | нет |
| Разжижающие кровь? | да | нет |
| Сердечные? | да | нет |
| Противозачаточные средства? | да | нет |
| Бывают ли кратковременная потеря сознания(обмороки)? | да | нет |
| **Для женщин детородного возраста:** Беременны ли Вы? | да | нет |
| Есть ли у Вас дети на грудном вскармливании? | да | нет |
| **Аллергический статус** |  |  |
| Делали ли Вам анестезию местную или общую? | да | нет |
| Встречались ли у Вас в прошлом аллергические реакции на местные анестетики? Если да, то какие?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | да | нет |
| Были ли у Вас какие-нибудь осложнения при проведении стоматологической анестезии? Если ДА, то какие?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | да | нет |
| **Состояние сердечно-сосудистой системы** |  |  |
| Были ли у Вас или есть в настоящее время проблемы с сердцем? | да | нет |
| Боли в сердце, стенокардия? | да | нет |
| Инфаркт миокарда? | да | нет |
| Операции на сердце? | да | нет |
| Носите ли Вы кардиостимулятор? | да | нет |
| Повышенное артериальное давление? | да | нет |
| Пониженное артериальное давление? | да | нет |
| Ваше рабочее давление? |  | |
| Острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт)? | да | нет |
| **Состояние системы крови** |  |  |
| Имеются ли у Вас какие-либо заболевания крови? Если ДА, то какие?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | да | нет |
| **Инфекционные заболевания** |  |  |
| ВИЧ? | да | нет |
| Гепатит С или другие формы гепатита? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | да | нет |
| Туберкулез? | да | нет |
| Сифилис? | да | нет |
| Кожные заболевания? | да | нет |
| **Состояние эндокринной и лимфатической системы** |  |  |
| Страдаете ли Вы заболеванием сахарный диабет? | да | нет |
| Страдаете ли Вы заболеванием щитовидной железы? | да | нет |
| Метаболический синдром? | да | нет |
| **Состояние центральной и периферической нервной системы** |  |  |
| Эпилепсия? | да | нет |
| Невралгия, неврит тройничного, лицевого нерва? | да | нет |
| Депрессии? | да | нет |
| Бывают ли у Вас панические атаки? | да | нет |
| **Расстройство дыхательной системы** |  |  |
| Пневмония? | да | нет |
| Эмфизема легких? | да | нет |
| Астма? | да | нет |
| Хронический бронхит? | да | нет |
| **Патология мочеполовой системы** |  |  |
| Воспаление почек? | да | нет |
| Гинекологические заболевания? | да | нет |
| Опухоль? | да | нет |
| Мочекаменная болезнь? | да | нет |
| **Патология желудочно-кишечного тракта** |  |  |
| Панкреатит? | да | нет |
| Камни желчного пузыря? | да | нет |
| Гастрит? | да | нет |
| Язва? | да | нет |
| Спаечная болезнь кишечника? | да | нет |
| Опухоль? | да | нет |
| Холецистит? | да | нет |
| **Заболевание глаз** |  |  |
| Носите ли Вы контактные линзы? | да | нет |
| Глаукома? | да | нет |
| Катаракта? | да | нет |
| Близорукость? | да | нет |
| Дальнозоркость? | да | нет |
| **Заболевания позвоночника или суставов** |  |  |
| Остеохондроз? | да | нет |
| **Прочее** |  |  |
| Были у Вас или есть в настоящее время онкологические заболевания? | да | нет |
| Принимаете или принимали Вы химиотерапию? | да | нет |
| Курите ли Вы? | да | нет |
| Употребляете ли Вы регулярно алкоголь? | да | нет |
| Какими видами спорта Вы занимаетесь?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | да | нет |

Я ответил (а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии своего здоровья следущее\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов, должен (а) проинформировать об этом врача до начала консультации. Обязуюсь поставить в известность своего врача-стоматолога, о любых возможных изменениях состояния моего здоровья после заполнения данной анкеты.

Подтверждаю правильность данной информации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

(Подпись) (Дата заполнения)

**Пожалуйста, сразу же сообщайте нам об изменениях вышеуказанной информации.**

**Данная Вами информация остается строго конфиденциальной.**