

Уважаемый пациент! Успешность стоматологического лечения зависит от наличия общих заболеваний организма. Вот почему врачу важны сведения о состоянии Вашего здоровья. Они помогут правильно составить план лечения.

Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Анкета о состоянии здоровья

Пациент Садыкова Дарья Юрьевна Возраст 27 лет

Законный представитель (для несовершеннолетних) -

Последнее посещение врача-стоматолога (месяц, год, по какому поводу) апрель 2024 года профгигиена

Отвечая на вопросы необходимо обвести ответ ДА или НЕТ по каждому пункту.

Перенесённые и сопутствующие заболевания		
Заболевания сердца и сосудов (какие)		НЕТ
Инсульт		НЕТ
Повышенное или пониженное давление (какое рабочее)		НЕТ
Заболевания легких (какое)		НЕТ
Заболевание желудочно-кишечного тракта		НЕТ
Заболевания печени, гепатит		НЕТ
Заболевания щитовидной, паращитовидной и др. желёз		НЕТ
Системные заболевания:		
Сахарный диабет		НЕТ
Приём (постоянно или периодически) гормональных препаратов	ДА	
Травмы		НЕТ
Сотрясение головного мозга		НЕТ
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы		НЕТ
Заболевания крови		НЕТ
Нарушение свёртываемости крови		НЕТ
Заболевания ЛОР - органов (уха, горла, носа)		НЕТ
Заболевания костной системы, суставов		НЕТ
Проводились ли исследования на ВИЧ-инфекцию		НЕТ
Постоянно увеличенные лимфатические узлы		НЕТ
Периодически появляются багровые или красные участки на коже, сыпь		НЕТ
Беспричинные головные боли		НЕТ
Отмечается ли потеря веса за последние 6 месяцев		НЕТ
Венерические заболевания		НЕТ
Проводились ли переливания крови(когда)		НЕТ
Проводились ли инъекции (внутримышечные, подкожные и др.) за последние 6 месяцев	ДА	
Инфекционные заболевания		НЕТ
Проводилась ли лучевая или химиотерапия за последние 10 лет		НЕТ
Операции	ДА	
Другие заболевания (какие)		НЕТ
Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучение, высокое давление, вибрация и т.д.)		НЕТ
Бывают головокружение, потеря сознания, покраснения, сыпь, одышка при введении обезболивающих препаратов или других лекарственных препаратов		НЕТ
Аллергические реакции		
На местные анестетики (какие)	ДА	НЕТ
На антибиотики (какие)	ДА	НЕТ
На сульфаниламиды (какие)	ДА	НЕТ
На препараты йода (какие) <u>Йод содержащие контрастные вещества</u>	ДА	
На гормональные препараты (какие)	ДА	НЕТ
На другие лекарственные препараты (какие)	ДА	НЕТ
На латекс	ДА	НЕТ
На металл	ДА	НЕТ
На другие вещества (какие)	ДА	НЕТ

Проводилось лечение иных заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы		НЕТ
Состою на учёте в лечебном учреждении (какой специалист)		НЕТ
Последнее общемедицинское обследование проводилось в __2024__ году	да	
Стоматологический анамнез		
Наличие болей и щелканий в височно-нижнечелюстном суставе		НЕТ
Кровоточивость дёсен при чистке зубов (<u>периодическая</u> , постоянная)	ДА	
Проявления герпеса («простуды») на губах раз в год		НЕТ
Появление трещин, заед на губах		НЕТ
Бруксизм (ночное скрежетание зубами)		НЕТ
Периодическое появление язв в полости рта		НЕТ
Периодическая или постоянная сухость в полости рта		НЕТ
Хотелось бы изменить форму, цвет зубов		НЕТ
Чувствую запах изо рта	ДА	
Вредные привычки (курение, алкоголь, приём наркотических средств)		НЕТ
Характер питания (диета, вегетарианство, <u>нерегулярное питание</u>)	ДА	
Отмечаю изменение улыбки		НЕТ
Дополнительная информация, касающаяся стоматологического лечения		
При прохождении стоматологического лечения в прошлом были:		
Аллергические реакции		НЕТ
Продолжительное кровотечение	ДА	
Потеря сознания		НЕТ
Какие-либо другие осложнения во время и после лечения		НЕТ
Для пациенток		
Беременны ли Вы		НЕТ
Являетесь ли Вы кормящей матерью		НЕТ

Я искренне ответил (а) на пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее _____

Мне известно, что от состояния моего здоровья зависит результат лечения. Мне известно, что сведения о состоянии здоровья необходимо периодически обновлять.

Я информирован (а), что гарантия на каждую работу, выполненную врачом, будет определяться с учётом моего здоровья. Я знаю, что в случае приёма лекарственных средств перед посещением стоматолога, мне необходимо сообщить об этом врачу.

Я информирован (а), о необходимости выполнения рентгенологических методов исследования на различных этапах стоматологического лечения.

Я имел (а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы.

«_____» _____20____г. _____ подпись пациента