

Анкета о здоровье

Уважаемый пациент, предлагаемая Вам анкета является важной частью информации, которой обязан располагать Ваш лечащий доктор в соответствии с законом об охране здоровья граждан РФ, для действительно эффективного лечения и сохранения Вашего здоровья. На основании Ваших ответов, доктор сможет расспросить Вас более подробно и учесть в процессе лечения все индивидуальные особенности вашего организма. Часть вопросов анкеты посвящена Вашему предыдущему лечению у стоматолога, если таковое было.

Анкета учитывает все возможные факторы жизни, которые могут значительно повлиять на результаты лечения и безопасность в процессе его осуществления.

Анкета составлена таким образом, чтобы Вы могли отвечать на вопросы «Да» или «Нет». В некоторых случаях при ответе «Да», Вас попросят ответить более подробно. И это тоже делается ради сохранения Вашего здоровья и индивидуального выбора лечения для Вас.

В случае, если Вам не совсем понятно, как ответить на вопрос, тогда пропустите его, и Ваш доктор поможет Вам.

Данные анкеты являются врачебной тайной и не могут быть разглашены третьим лицам. Анкета заполняется пациентом лично или его законным представителем.

1. Фамилия Имя Отчество _____

2. Дата рождения: _____

3. Когда последний раз Вы обращались к стоматологу: _____

Вопросы:				
1	Бывают ли у Вас такие проявления аллергии как:			
	– крапивница	ДА	НЕТ	
	– местный отек	ДА	НЕТ	
	– кашель	ДА	НЕТ	
	– заложенность носа	ДА	НЕТ	
	– выделения из носа	ДА	НЕТ	
	– кожный зуд	ДА	НЕТ	
	– покраснения глаз, слезотечение, зуд в области глаз	ДА	НЕТ	
	Если «ДА», то с чем, по Вашему мнению, это связано:			
Когда проявление аллергии было последний раз:				
2	Были ли у Вас аллергические реакции на:			
	– Местные анестетики (новокаин, лидокаин, артикаин, мепивокаин) Если «ДА», то на какие именно: _____ Когда последний раз: _____	ДА	НЕТ	
	– Антибиотики Если «ДА», то на какие именно: _____	ДА	НЕТ	
	– Нестероидные противовоспалительные средства: нурофен и др.	ДА	НЕТ	

	Если «ДА», то когда последний раз:		
3	Были ли у Вас аллергические реакции на:		
	– препараты йода	ДА	НЕТ
	– гормональные препараты: дексазон, преднизолон и др.	ДА	НЕТ
	– Другие лекарственные препараты	ДА	НЕТ
	Если «ДА», то на какие именно _____ Когда последний раз:		
4	– Были ли у Вас следующие реакции после введения местных анестетиков и других лекарственных препаратов:		
	– головокружение	ДА	НЕТ
	– потеря сознания	ДА	НЕТ
	– одышка	ДА	НЕТ
	– крапивница	ДА	НЕТ
	Если «ДА», то на что именно:		
5	Были ли у Вас следующие состояния или заболевания:		
	Депрессия (снижение настроения, потеря интереса к жизни) Если «ДА», то когда последний раз:	ДА	НЕТ
	Тревожные расстройства (панические атаки, генерализованное тревожное расстройство) Если «ДА», то на что именно:	ДА	НЕТ
	Нарушения сна (бессонница, частые пробуждения, ранние подъемы) Если «ДА», то как часто в неделю:	ДА	НЕТ
	Состояния эмоционального выгорания или хронического стресса Если «ДА», то чем вызвано:	ДА	НЕТ
	Психосоматические реакции (физические симптомы без явной органической причины, связанные со стрессом) Если «ДА», то какие именно симптомы:	ДА	НЕТ
	Эпизоды потери контроля над эмоциями (агрессивность, раздражительность, плаксивость) Если «ДА», то как часто:	ДА	НЕТ
	Лечение у психиатра/психотерапевта/медицинского психолога Если «ДА», то какое лечение получали:	ДА	НЕТ
6	– Я перенес(ла)/болею следующими заболеваниями:		
	– Заболевания сердца	ДА	НЕТ
	– Заболевания сосудов	ДА	НЕТ
	– Артериальная гипертензия	ДА	НЕТ
	Если «ДА», то какое у Вас обычно, при хорошем самочувствии артериальное давление:		
	– - Вегетососудистая дистония	ДА	НЕТ
	Если «ДА», то какое у Вас обычно, при хорошем самочувствии артериальное давление:		
	– Заболевания крови	ДА	НЕТ
	– Нарушение свертываемости крови, если ДА, то	ДА	НЕТ
	– Заболевания печени и желче-выводящих путей	ДА	НЕТ
	– Вирусный гепатит	ДА	НЕТ
	Если «ДА», то перенесен в _____ году		
	– Заболевания почек, если ДА, то какое:	ДА	НЕТ
– Сахарный диабет	ДА	НЕТ	
Если «ДА», то какого типа _____ 1 тип _____ 2 тип _____ Есть ли осложнения:			

	– Заболевания щитовидной железы, если ДА, то какое:	ДА	НЕТ
	– Заболевания гипофиза	ДА	НЕТ
	– Заболевания надпочечников	ДА	НЕТ
	– Эпилепсия если ДА, то когда был последний раз	ДА	НЕТ
	– Заболевания психической сферы	ДА	НЕТ
	– Заболевания головного мозга: инсульты, опухоли, менингиты, энцефалиты	ДА	НЕТ
	– Заболевания позвоночника, радикулит, остеохондроз	ДА	НЕТ
	– Заболевания нервной системы: невриты, параличи	ДА	НЕТ
	– Заболевания легких	ДА	НЕТ
	– Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
	– Заболевания кожи	ДА	НЕТ
	– Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
	– Заболевания костной системы, суставов	ДА	НЕТ
	– Заболевания ЛОР-органов, если ДА, то какое:	ДА	НЕТ
	– Когда последний раз обострение		
	– Заболевания глаз, если ДА, то:	ДА	НЕТ
	– Заболевания инфекционного характера	ДА	НЕТ
	– Заболевания онкологические	ДА	НЕТ
	– Сотрясения, ушибы головного мозга	ДА	НЕТ
	Если «ДА», то когда		
7	– ВИЧ/СПИД	ДА	НЕТ
8	– Сифилис	ДА	НЕТ
9	– Гепатит С	ДА	НЕТ
10	– Бывает ли у Вас:		
	– кровоточивость после удаления зуба	ДА	НЕТ
	– кровотечения из небольших ран	ДА	НЕТ
11	– Для пациенток:		
	– Беременность	ДА	НЕТ
	Если да, какой срок _____		
	Имеется ли патология беременности _____		
	ЭКО		
	– вскармливание	ДА	НЕТ
12	– Находитесь ли Вы в состоянии острого эмоционального стресса	ДА	НЕТ
13	– Имеются ли у Вас следующие привычки:		
	– табакокурение	ДА	НЕТ
	– алкоголизм	ДА	НЕТ
	– наркомания	ДА	НЕТ
14	– Не находите ли вы в состоянии:		
	– алкогольного опьянения	ДА	НЕТ
	– под воздействием наркотиков,	ДА	НЕТ
	– действующих на психику препаратов	ДА	НЕТ
15	– В настоящий момент я чувствую:		
	– физическую усталость	ДА	НЕТ
	– эмоциональную усталость	ДА	НЕТ
	– переживания, по какому-либо важному поводу	ДА	НЕТ
	– сонливость	ДА	НЕТ
	– боль	ДА	НЕТ
	– отлично	ДА	НЕТ
16	Приём лекарств и проводимое лечение		
	Принимаете ли Вы лекарства постоянно, курсом или периодически, в том числе БАДы? Названия, дозы, причина назначения (можно показать список или фото упаковок):	ДА	НЕТ

	Принимаете ли Вы препараты, снижающие свёртываемость крови (варфарин, апиксабан, ривароксабан, дабигатран, клопидогрел, аспирин и др.)? Какие:	ДА	НЕТ
	Принимаете ли Вы гормональные препараты, средства, подавляющие иммунитет, антидепрессанты, снотворные или успокоительные? Какие:	ДА	НЕТ
	Получали ли Вы когда – либо препараты от остеопороза или для лечения костей при онкологических заболеваниях (алендронат, золедроновая кислота, деносумаб — Пролиа, Эксджива и др.)? Название, срок лечения, последнее введение:	ДА	НЕТ
	Проходили ли Вы противоопухолевое лечение или облучение головы и шеи? Вид лечения, даты:	ДА	НЕТ
17	Дополнительные сведения о здоровье		
	Есть ли у Вас искусственный клапан сердца, перенесённый инфекционный эндокардит, врождённый порок сердца, кардиостимулятор или дефибриллятор? Уточните:	ДА	НЕТ
	Были ли у Вас инфаркт, инсульт, стентирование, другие операции или госпитализации? Что и когда:	ДА	НЕТ
	Проводится ли Вам диализ или была ли трансплантация органов? Уточните:	ДА	НЕТ
	Есть ли другие заболевания или рекомендации лечащего врача, которые важно учитывать стоматологу? Уточните:	ДА	НЕТ
18	Осложнения предыдущего лечения и исходные жалобы		
	Были ли реакции на латекс, хлоргексидин, пластырь, металлы или стоматологические материалы? На что, какие симптомы, потребовалась ли скорая помощь:	ДА	НЕТ
	Были ли осложнения после удаления зубов, имплантации, других операций, наркоза или седации (длительное кровотечение, плохое заживление, длительное онемение и др.)? Какие:	ДА	НЕТ
	Есть ли сейчас боль, щелчки или заклинивание челюсти, трудности открывания рта, скрежетание или сильное сжатие зубов? Уточните:	ДА	НЕТ
	Есть ли онемение или жжение губ, языка, лица, трудности жевания либо проблемы с имеющимися протезами или имплантатами? Что и как давно:	ДА	НЕТ

Своей подписью я подтверждаю точность и достоверность сведений, предоставленных мною лечащему врачу, и подтверждаю, что с момента первичного заполнения мной данной анкеты никаких изменений с моим здоровьем и самочувствием не произошло. Никаких новых заболеваний, приема лекарств, перенесения острых стрессов.

Ф.И.О. _____

Дата _____

Подпись _____

Мы благодарим Вас, за то, что заполнив анкету, Вы и заботитесь о своем здоровье, и помогаете нам выбрать для Вас индивидуальный, т.е. наиболее подходящий Вам план лечения.