**Анкета о здоровье**

 Уважаемый пациент, предлагаемая Вам анкета является важной частью информации, которой обязан располагать Ваш лечащий доктор, 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 эффективность анестезии, 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. Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет**

**3. Когда последний раз Вы обращались к стоматологу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**4. Что Вы используете для ухода за полостью рта:**

 4.1. Зубную щетку: утром \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; вечером \_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 4.2. Другие средства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Бывают ли у Вас аллергия и как она проявляется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5.1 Если «Да», то с чем, по Вашему мнению, это связано: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопросы:** | **Да** | **Нет** |
| **6.** | **Были ли у Вас следующие реакции при введении местных анестетиков и других лекарственных препаратов:** |
|  | - головокружение |  |  |
|  | - потеря сознания |  |  |
|  | - одышка  |  |  |
|  | - крапивница  |  |  |
|  | **Да** | **Нет** |
|  | Если «Да», то на что именно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **7.** | **Я перенес(ла) ,страдаю следующими заболеваниями:** |
|  | - Заболевания сердца, сосудов  |  |  |
|  | - Артериальная гипертензия Если «Да», то какое у Вас обычно, при хорошем самочувствии артериальное давление: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  | - Вегетососудистая дистония по гипотоническому типу, астеновегетативный синдром Если «Да», то какое у Вас обычно, при хорошем самочувствии артериальное давление:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |
|  | - Заболевания крови; Нарушение свертываемости крови  |  |  |
|  | - Заболевания печени и желче-выводящих путей  |  |  |
|  | - Вирусный гепатит Если «Да», то когда перенесен в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ году  |  |  |
|  | - Заболевания почек  |  |  |
|  | - Сахарный диабет Если «Да», то какого типа, есть ли осложнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |
|  | - Заболевания щитовидной железы  |  |  |
|  | - Заболевания гипофиза  |  |  |
|  | - Заболевания надпочечников  |  |  |
|  | - Эпилепсия  |  |  |
|  | - Заболевания психической сферы  |  |  |
|  | - Заболевания головного мозга: инсульты, опухоли, менингиты, энцефалиты  |  |  |
|  | - Заболевания позвоночника, радикулит, остеохондроз  |  |  |
|  | - Заболевания нервной системы: невриты, параличи  |  |  |
|  | - Заболевания легких, бронхиальная астма  |  |  |
|  | - Заболевания кожи  |  |  |
|  | - Заболевания желудочно-кишечного тракта  |  |  |
|  | - Заболевания костной системы, суставов  |  |  |
|  | - Заболевания венерические  |  |  |
|  | - Заболевания ЛОР-органов (хронический тонзиллит и др.)  |  |  |
|  | - Заболевания глаз (глаукома и др.)  |  |  |
|  | - Заболевания инфекционного характера  |  |  |
|  | - Заболевания онкологические  |  |  |
|  | - Туберкулез  |  |  |
|  | - Грибковые заболевания  |  |  |
|  | - Сотрясения, ушибы головного мозга Если «ДА», то когда перенесены \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |
|  | - Травмы - Операции Если «ДА», то по поводу чего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  | **Да** | **Нет** |
| **8.** | **Было ли у Вас:** |  |  |
|  | - переливания крови, инъекции за последние 6 месяцев  |  |  |
|  | - контакт с инфекционными больными Если «Да», с каким заболеванием \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |
| **9.** | **Проводилось ли у Вас лечение каких либо заболеваний за последние 6 месяцев**. *Какие принимались препараты:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |
|  | - Принимаете ли Вы в настоящее время, какие либо лекарственные препараты Если «Да», указать какие, в какое время суток, когда был последний прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  |
|  | - Получаете ли Вы какое-либо немедикаментозное лечение в настоящее время (физиотерапия, фитотерапия, химиотерапия и т.д.) Если «Да», то какое конкретно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |
|  | - Проводились ли Вам за последний месяц профилактические прививки, вакцинации Если «Да», то какие конкретно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |
| **10.** | **Для пациенток:** |  |  |
|  | - Беременность Если да, какой срок\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |
|  | - вскармливание  |  |  |
|  |  - нарушение менструального цикла  |  |  |
|  | - длительный, более 6 месяцев прием гормональных  |  |  |
| **11.** | **Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением врача** Если – да, то какого, по какому поводу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |
| **12.** | **Занимаетесь ли вы спортом:** |  |  |
|  | - профессионально  |  |  |
|  | - как любитель постоянно Если «Да», то каким конкретно, сколько лет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |
| **13.** | **В настоящий момент я переношу:** |  |  |
|  |  - ОРВИ |  |  |
|  |  - насморк |  |  |
|  |  | **Да** | **Нет** |
|  |  - воспаление горла |  |  |
|  |  - диарею (расстройства стула) |  |  |
| **14.** | **Как Вы переносите стоматологические вмешательства:** |  |  |
|  | - Очень хорошо  |  |  |
|  | - Хорошо  |  |  |
|  | - Удовлетворительно  |  |  |
|  | - Не хорошо  |  |  |
| *Есть ли у Вас следующие эмоции по поводу стоматологического вмешательства:* |
|  | − Страх  |  |  |
|  | − Боязнь  |  |  |
|  | − Тревожность  |  |  |
|  | − Ничего из перечисленного  |  |  |
| **15.** | **В настоящий момент я чувствую:** |  |  |
|  | - физическую усталость  |  |  |
|  | - эмоциональную усталость  |  |  |
|  | - переживания, по какому либо Важному поводу  |  |  |
|  | - сонливость  |  |  |
|  | - боль  |  |  |
|  | - Все хорошо  |  |  |

**Своей подписью я подтверждаю точность и достоверность сведений, предоставленных мною лечащему врачу.**

Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.