

Анкета о состоянии здоровья пациента

Уважаемый пациент! Следующая информация чрезвычайно важна для составления оптимального плана стоматологического лечения, с учетом состояния Вашего здоровья. Неправильная или неполная информация может повредить Вашему здоровью. Все сведения, представленные в анкете, не будут переданы посторонним лицам.

* пожалуйста, ответьте на все вопросы;

* если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом;

* все изменения в состоянии Вашего здоровья должны быть сообщены нам при первой возможности;

* информацию о состоянии здоровья несовершеннолетних пациентов сообщает его законный представитель.

Анкета здоровья пациента(ки) _____ г.р.

Заполнялось (кем?) _____

Просим Вас обвести кружочком или подчеркнуть ответ Да или Нет или ответить на вопросы :

Последнее посещение врача- стоматолога (месяц, год) _____

Что делали? Осмотр, гигиена полости рта, лечение _____

Общее здоровье ребёнка

Аллергические реакции (заболевания)

Если да, то укажите, пожалуйста, какая именно была реакция: сыпь или др. кожные проявления, кашель, слезотечение, отёк языка или затруднение дыхания, отёк Квинке, анафилактические реакции или др.

на местные (стоматологические анестетики)	Да	Нет
на мази, косметику	Да	Нет
на антибиотики	Да	Нет
на обезболивающие препараты	Да	Нет
на гормональные препараты	Да	Нет
на витамины	Да	Нет
на препараты йода	Да	Нет
на пищевые продукты	Да	Нет
на пыльцу и растения	Да	Нет
на шерсть животных	Да	Нет
на стоматологические материалы	Да	Нет
на металлы	Да	Нет
на латекс	Да	Нет
на медицинские растворы	Да	Нет
на другие лекарственные препараты и вещества	Да	Нет
Другие аллергические заболевания	Да	Нет

Вопросы для девушек

Беременны ли вы? Если да, срок _____ недель Да Нет

Являетесь ли вы кормящей матерью?	Да	Нет
В последние 6 месяцев были роды?	Да	Нет
Имеется ли нарушение менструального цикла?	Да	Нет
Состою на учете у гинеколога	Да	Нет
Постоянно или периодически принимаю противозачаточные препараты: Какие?	Да	Нет
В последние 6-8 месяцев проводится лекарственная подготовка к беременности	Да	Нет

Стоматологическое здоровье ребёнка

Как часто ребёнок чистит зубы? <i>Пока не чистим / чаще утром / чаще вечером / 2 раза в день / после каждого приёма пищи</i>
Кто проверяет чистку зубов или чистит зубы малышу? Как часто проверяете/дочищаете, если чистит сам?
Какая щётка сейчас у ребёнка?
Какой пастой чистит зубы ребёнок сейчас?
Какие дополнительные средства гигиены использует ребёнок? <i>Зубная нить/флосс, ирригатор, межзубные ершики, скребок для языка, монопучковая щётка</i>
Когда проводилась последняя профессиональная гигиена полости рта у ребёнка?
Проводилось ли лечение зубов у ребёнка? Когда последний раз?
Как ребёнок отреагировал на посещение/лечение у стоматолога ранее?
Испытываете ли Вы сами страх перед стоматологом? оцените от 1 до 10 баллов
Делали ли ребёнку местную анестезию? Не было ли каких-то осложнений или последующих реакций (<i>отёк, синяк, язва на десне, накусанная самим ребёнком губа</i>)?
Как долго отходила анестезия?
Проводилось ли лечение зубов под общей анестезией (медикаментозный сон)? <i>Если да, как давно? Где?</i>
Замечали ли Вы наличие щелчков или болей в височно-нижнечелюстных суставах у ребёнка?
Бывает ли <i>ночное или дневное</i> скрежетание зубами? Как часто?
Храпит ли Ваш ребёнок?
В дневное время ребёнок чаще дышит ртом или носом? <i>Замечаете, что рот всегда приоткрыт?</i>
В ночное время рот у ребёнка открыт или закрыт?
Использует ли ребёнок соску или сосёт другие предметы (<i>палец, ручки, игрушки, одеяло вещи и т.п.</i>) сейчас?
Использовал ли ребёнок соску/бутылочку/другое вообще и как долго?
Находится ли сейчас ребёнок на грудном вскармливании? Или до какого возраста кормили грудью?
Есть у ребёнка вредная привычка грызть предметы (ручки, ногти), расцеплять детальки LEGO, что-то держать во рту (волосы и т.п.)?
Как часто ваш ребёнок падает? Получает ушибы или другие травмы?
Ударялся ли ребёнок зубами? <i>Когда?</i>
Обращались ли за помощью после травмы зубов или челюстно-лицевой области? <i>Что делали?</i>
Кровоточат ли десна при чистке зубов или во время еды?
Застревает ли пища между зубами? <i>Как убираете?</i>
Есть ли затруднения и/или боль при жевании пищи у ребёнка? <i>Где именно (верх/низ, справа/слева)?</i>
Вызывает ли дискомфорт или боль у ребёнка приём пищи: <i>сладкой / холодной / жесткой / кислой?</i> <i>Как давно?</i>

Что превалирует в рационе питания ребёнка: *мягкая термически обработанная пища или жёсткая (овощи, фрукты, мясо и т.п.)?*

Проводилось ли какое-то ортодонтическое лечение?

Как долго? С каким результатом?

Появление герпеса («простуды») на губах с периодичностью _____ раз в год

Как часто замечаете появление трещин губ, заед у ребёнка?

Что используете для лечения?

Как часто бывает стоматит (язвочки во рту)?

Чем лечите?

Есть ли жалобы на сухость во рту?

Замечаете ли неприятный запах изо рта?

Утром или днем? После еды?

Нравится ли Вам / Вашему ребёнку его/её улыбка?

Что хотелось бы изменить?

Есть ли какие-то проблемы с дикцией?

Занимаетесь ли с логопедом? *Как давно?*

Дополнительно могу сообщить о здоровье моего ребёнка следующее:

Я понимаю, что от полноты и своевременности предоставления мною информации известно зависят:

- диагностика, составление плана лечения и результаты лечения;
- гарантии на каждую работу, выполненную врачом.

Я знаю: что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, мне надо сообщить ему об этом; что анкету о здоровье надо заполнять вновь каждые 4 месяца.

Я внимательно ознакомился(лась) с этой анкетой и искренне ответил (ла) на все вопросы. Я понимаю, что мне необходимо своевременно предоставлять врачам информацию о моем здоровье и всех изменениях в состоянии моего здоровья. Я понимаю, что необходимо обновлять информацию в настоящей анкете каждые полгода.

Я знаю, что каждый раз при посещении стоматолога перед началом лечения необходимо сообщать врачу о принятых лекарственных препаратах, в случае их приема, об изменении в состоянии моего здоровья, если такие изменения произошли (происходят)

Подпись законного представителя пациента/пациентки до 15 лет _____

Подпись пациента(ки) старше 15 лет _____ (_____)

« ____ » _____ 20__ г.