**Анкета о здоровье ребенка**

Уважаемый представитель ребенка,

предлагаемая Вам анкета является важной частью информации, которой обязан располагать лечащий ребенка доктор, для действительно эффективного лечения и сохранения здоровья ребенка.

На основании Ваших ответов, доктор сможет расспросить Вас более подробно и учесть в процессе лечения все индивидуальные особенности организма ребенка.

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 здоровья и индивидуального выбора лечения.

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 лично законным представителем ребенка.

 **Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет**

**Когда последний раз обращались к стоматологу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Что ребенок использует для ухода за полостью рта:**

*Зубную щетку***:** утром \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; вечером \_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 *Другие средства***:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С какого возраста\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопросы:** | **ДА** | **НЕТ** |
| **Родился в срок** |  |  |
| **Недоношенным,**  - если ДА в какой срок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - какой массой тела**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
| **Находился на грудном вскармливании** **Если ДА, то до какого срока** |  |  |
| **Зубы прорезались в срок****Если НЕТ то, когда** |  |  |
| **Использовалась ли соска (пустышка)** **Если ДА, то какого типа**  |  |  |
| **Находилась ли мама ребенка на особом пищевом режиме во время беременности (отличном от обычных медицинских рекомендаций)** Если ДА, то на каком  |  |  |
| **Находилась ли мама ребенка на особом пищевом режиме во время периода кормления грудью (отличном от обычных медицинских рекомендаций)** Если ДА, то на каком |  |  |
| **Применялись ли во время беременности меры для профилактики кариеса у будущего ребенка** Если ДА, то какие |  |  |
| **Как часто ребенок болеет ОРВИ** |  |  |
| **Замечали ли Вы, что ребенок дышит ртом, а не носом** Если ДА, то часто, редко, только ночью |  |  |
| **Ставился ли ребенку диагноз синдром дефицита внимания****или синдром гипервозбудимости** |  |  |
| **Особенности сна**- Легко ли ребенок засыпает - Легко ли ребенок встает утром - Просыпается ли ночью **-** Не высыпается |  |  |
| **Бывают ли у ребенка частые смены настроения** |  |  |
| **Бывают ли у ребенка такие проявления аллергии как:** |  |  |
| крапивница |  |  |
| * местный отек
 |  |  |
| * кашель
 |  |  |
| * заложенность носа
 |  |  |
| * выделения из носа
 |  |  |
| * кожный зуд
 |  |  |
| * покраснения глаз, слезотечение, зуд в области глаз
 |  |  |
| Если «Да» то, с чем, по Вашему мнению, это связано: |  |  |
| Когда проявление аллергии было последний раз: |
| **Были ли аллергические реакции на:** |
| * Местные анестетики (новокаин, лидокаин, артикаин, мепивокаин)

если «Да», то на какие именно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_когда последний раз: |  |  |
| * Антибиотики

Если «Да», то на какие именно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| сульфаниламиды |  |  |
| * вакцины, сыворотки
 |  |  |
| * - нестероидные противовоспалительные средства: нурофен, диклофенак, аспирин, парацетамол и др.
 |  |  |
| Если ДА, то когда последний раз: |  |  |
| **Были ли аллергические реакции на:** | **ДА** | **НЕТ** |
| препараты йода |  |  |
| * гормональные препараты: дексазон, преднизолон и др.
 |  |  |
| * парфюмерные и иные запахи
 |  |  |
| * шерсть животных
 |  |  |
| * другие лекарственные препараты

Если «Да», то: на какие именно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Когда последний раз:
 |  |  |
| * пищевые продукты

Если «Да», то: на какие именно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_когда последний раз: |  |  |
| холод |  |  |
| * резиновые изделия (перчатки, медицинские изделия)
 |  |  |
| * **Были ли следующие реакции при введении местных анестетиков и других лекарственных препаратов:**
 |  |  |
| головокружение |  |  |
| * потеря сознания
 |  |  |
| * одышка
 |  |  |
| * крапивница
 |  |  |
| * Если «Да», то на что именно:
 |  |  |
| **Ребенок перенес, болеет следующими заболеваниями:** |
| Заболевания сердца |  |  |
| * Заболевания сосудов
 |  |  |
| * Артериальная гипертензия

Если «Да», то какое обычно, при хорошем самочувствии артериальное давление: |  |  |
| Вегетососудистая дистония (соматоформные вегетативные дисфункции),астено-вегетативный синдромЕсли «Да», то какое обычно, при хорошем самочувствии артериальное давление: |  |  |
| Заболевания крови |  |  |
| * Нарушение свертываемости крови, если ДА, то
* Понижение свертываемости\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Повышение свертываемости
 |  |  |
| * Заболевания печени и желче-выводящих путей
 |  |  |
| * Вирусный гепатит
* Если «Да», то перенесен в году
 |  |  |
| * Заболевания почек, если ДА, то:

Гломерулонефрит \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пиелонефрит\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Другое заболевание\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Когда было обострение последний раз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| * Сахарный диабет
* Есть ли осложнения
 |  |  |
| * Заболевания щитовидной железы, если ДА, то:

 - Гипертиреоз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Гипотиреоз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Аутоиммуный тиреоидит |  |  |
| Заболевания гипофиза |  |  |
| * Заболевания надпочечников
 |  |  |
|  | **ДА** | **НЕТ** |
| **Ребенок перенес, болеет следующими заболеваниями:** |   |  |
| * Эпилепсия если ДА, то

 - Что вызывает приступ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Как часто бывают приступы в год\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Когда был последний раз |  |  |
| Заболевания психической сферы |  |  |
| * Панические атаки
 |  |  |
| * Заболевания головного мозга: инсульты, опухоли, менингиты, энцефалиты
 |  |  |
| * Заболевания позвоночника, радикулит, остеохондроз
 |  |  |
| * Заболевания нервной системы: невриты, параличи
 |  |  |
| * - Заболевания легких
 |  |  |
| * Бронхиальная астма, если ДА, то:

 - Сульфитзависимая\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - С чем обычно связан приступ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Когда приступ был последний раз |  |  |
| Заболевания кожи |  |  |
| * Заболевания желудочно-кишечного тракта
 |  |  |
| * Заболевания костной системы, суставов
 |  |  |
| * Заболевания венерические
 |  |  |
| * Заболевания ЛОР-органов, если ДА, то

 - Гайморит, синусит - Хронический тонзиллит - Хронический Отит - Другие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* - Когда последний раз обострение
 |  |  |
| * Заболевания глаз, если ДА, то:
* Глаукома открытоугольная форма\_\_\_\_\_\_\_ закрытоугольная форма\_\_\_\_\_\_

Иное |  |  |
| * Заболевания инфекционного характера
 |  |  |
| * Заболевания онкологические
 |  |  |
| * Туберкулез если ДА, то:
* - Открытая форма Закрытая форма
 |  |  |
| Грибковые заболевания |  |  |
| * Сотрясения, ушибы головного мозга
* Если «ДА», то когда
 |  |  |
| * - Травмы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |  |  |
| * Операции

Если «ДА», то по поводу чего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_когда |  |  |
|  |  |  |
| **Бывают ли у ребенка следующие симптомы:** |  |  |
|  Длительная необъяснимая лихорадка |  |  |
|  Язвы в полости рта, сухость во рту |  |  |
| * Длительные или острые боли в какой-либо области

Если «Да», то, в какой области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Когда были последний раз |  |  |
| * затрудненное дыхание
 |  |  |
|  - увеличение лимфатических узлов (желез) |  |  |
| **Бывают ли у ребенка следующие симптомы:** | **ДА** | **НЕТ** |
| * красные участкина коже, сыпь
 |  |  |
| ночная потливость |  |  |
| * повышенная жажда
 |  |  |
| * головные боли
 |  |  |
| * кровоточивость, плохое заживление ран, царапин
 |  |  |
| * потеря веса за последние 6 месяцев
 |  |  |
| * **Было ли у ребенка:**
 |  |  |
| * переливания крови, инъекции за последние 6 месяцев
 |  |  |
| * контакт с инфекционными больными (взрослыми или детьми)

Если «Да», с каким заболеванием\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Как давно: |  |  |
| **Проводилось ли лечение каких либо заболеваний за последние 6 месяцев.** *Какое:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Принимаете ли ребенок в настоящее время, какие либо лекарственные препараты, если «Да», указать какие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в какое время суток, когда был последний прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Если ребенок принимает препараты влияющие на свертывание крови, то - Какие: - Какое МНО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Когда был выполнен последний анализ МНО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Получает ли ребенок какое-либо немедикаментозное лечение в настоящее время (физиотерапия, фитотерапия, химиотерапия и т.д.)Если «Да», то какое конкретно  |  |  |
| Проводилось ли лучевое лечение, если ДА, то - Какой области тела |  |  |
| Проводились ли за последний месяц профилактические прививки, вакцинацииЕсли «Да», то когда |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| **Связана ли жизнь ребенка с такими факторами, как:** |  |  |
| * Смена часовых поясов

Если да, когда была последняя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| * Акклиматизация

 Если да, когда была последняя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| **Находится ли ребенок в настоящее время под наблюдением врача**Если – ДА, то какого\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * по какому поводу
 |  |  |
| * **Занимаетесь ли спортом:**
 |  |  |
| * постоянно

 - Если «Да», то каким конкретно, сколько лет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Принимает ли анаболические стероиды\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Проходит ли допинг контроль |  |  |
| **Находитесь ли ребенок в состоянии острого эмоционального стресса** |  |  |
| **Имеются ли следующие привычки:** |  |  |
|  - табакокурение |  |  |
|  - алкоголизм |   |  |
|  - наркомания |  |  |
| **Не находится ли ребенок в состоянии:** |  |  |
|  - алкогольного опьянения |  |  |
|  - под воздействием наркотиков,  |  |  |
|  - действующих на психику препаратов |  |  |
| **В настоящий момент времени ребенок переносит:** |  |  |
|  - ОРВИ |  |  |
|  - насморк |  |  |
|  - воспаление горла |  |  |
|  - диарею (расстройство стула) |  |  |
| **Как ребенок переносите стоматологические вмешательства:** |  |  |
|  - Очень хорошо |  |  |
| * Хорошо
 |  |  |
| Удовлетворительно |  |  |
|  - Плохо |  |  |
| * Бывает ли ребенок напуган предстоящим посещением стоматолога
 |  |  |
| * Что обычно помогает ребенку во время осмотра и лечения чувствовать себя комфортно
 |  |  |
| **Какой любимый фильм (мультфильм)** |  |  |

**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 здоровье ребенка, и помогаете нам выбрать индивидуальный, т.е. наиболее подходящий план лечения.