**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 синдром  Если «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, вакцинации  Если «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.