**Анкета о здоровье взрослого**

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 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***:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Вопросы:** | **ДА** | **НЕТ** |
| **5.** | **Бывают ли у Вас 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: | | |
| **6.** | **Были ли у Вас 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 у Вас 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) |  |  |
| **7.** | **Были ли у Вас следующие реакции при введении местных анестетиков и других лекарственных препаратов:** | | |
| * головокружение |  |  |
| * потеря сознания |  |  |
| * одышка |  |  |
| * крапивница |  |  |
| Если «Да», то на что именно: | | |
| **8.** | **Я перенес(ла), болею следующими заболеваниями:** | | |
| * Заболевания сердца |  |  |
| * Заболевания сосудов |  |  |
| * Артериальная гипертензия   Если «Да», то какое у Вас обычно, при хорошем самочувствии артериальное давление: |  |  |
| Вегетососудистая дистония (соматоформные вегетативные дисфункции),  астено-вегетативный синдром  Если «Да», то какое у Вас 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   Если «Да», то какого типа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1 тип\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2 тип\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Есть ли осложнения |  |  |
| * Заболевания щитовидной железы, если ДА, то:   - Гипертиреоз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Гипотиреоз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - Аутоиммуный тиреоидит |  |  |
| * Заболевания гипофиза |  |  |
| * Заболевания надпочечников |  |  |
|
|
|
| **Я перенес(ла), болею следующими заболеваниями:** | **ДА** | **НЕТ** |
| * 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 |  |  |
|
| **9.** | **Бывают ли у Вас следующие симптомы:** | | |
| * Язвы в полости рта, сухость во рту |  |  |
| * Длительная необъяснимая лихорадка |  |  |
| * 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 Вас 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 |  |  |
| **10** | **Было ли у Вас:** | | |
| * переливания крови, инъекции за последние 6 месяцев |  |  |
| * контакт с инфекционными больными (взрослыми или детьми)   Если «Да», с каким заболеванием\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Как давно: |  |  |
| **11** | **Проводилось ли у Вас лечение каких либо заболеваний за последние 6 месяцев.** *Какое:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Принимаете ли Вы в настоящее время, какие либо лекарственные препараты, если «Да», указать какие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в какое время суток, когда был последний прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Если Вы принимаете препараты влияющие на свертывание крови, то  - Какие:  - Какое у Вас МНО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - Когда был выполнен последний анализ МНО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Получаете ли Вы какое-либо немедикаментозное лечение в настоящее время (физиотерапия, фитотерапия, химиотерапия и т.д.)  Если «Да», то какое конкретно |  |  |
| Проводилось ли Вам лучевое лечение, если ДА, то  - Какой области тела |  |  |
| Проводились ли Вам за последний месяц профилактические прививки, вакцинации   * Если «Да», то когда |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| **12** | **Связана ли Ваша жизнь, работа с такими факторами, как:** | | |
|  | * Много общения с другими людьми (клиентами) |  |  |
| * Частые командировки |  |  |
| * Частые стрессы |  |  |
| * Смена часовых поясов   Если да, когда была последняя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| * Акклиматизация   Если да, когда была последняя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| * Профессиональные вредности   Если «Да», то какие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| **13** | **Для пациенток:** ДА НЕТ | | |
| * Беременность   - Если да, какой срок\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - Имеется ли патология беременности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - ЭКО |  |  |
| * вскармливание |  |  |
| * нарушение менструального цикла |  |  |
| * длительный, более 6 месяцев прием гормональных препаратов |  |  |
| **14** | **Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением врача**  Если – ДА, то какого\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  по какому поводу |  |  |
| **15** | **Занимаетесь ли вы спортом:** | | |
| * профессионально |  |  |
| * как любитель постоянно   Если «Да», то каким конкретно, сколько лет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Принимаете ли анаболические стероиды\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Проходите ли допинг контроль |  |  |
| **16** | **Занимаетесь ли вы постоянно моржеванием или другими закаливающими процедурами** |  |  |
| **17** | **Находитесь ли Вы в состоянии острого эмоционального стресса** |  |  |
| **18** | **Имеются ли у Вас следующие привычки:** | | |
| * табакокурение |  |  |
| * алкоголизм |  |  |
| * наркомания |  |  |
| **19** | **Не находитесь ли вы в состоянии:** | | |
| * алкогольного опьянения |  |  |
| * под воздействием наркотиков, |  |  |
|  | * действующих на психику препаратов |  |  |
| **20** | **В настоящий момент времени я переношу:** | | |
| * ОРВИ |  |  |
| * насморк |  |  |
| * воспаление горла |  |  |
| * диарею (расстройство стула) |  |  |
| **21** | **Как Вы переносите стоматологические вмешательства:** | | |
| * Очень хорошо |  |  |
| * Хорошо |  |  |
| * Удовлетворительно |  |  |
| * Не хорошо |  |  |
| *Есть ли у Вас следующие эмоции по поводу стоматологического вмешательства:* | | |
|  | **ДА** | **Нет** |
| * Страх |  |  |
| * Боязнь |  |  |
| * Тревожность |  |  |
| * Ничего из перечисленного |  |  |
| **22** | **В настоящий момент я чувствую:** | | |
| * физическую усталость |  |  |
| * эмоциональную усталость |  |  |
| * переживания, по какому либо Важному поводу |  |  |
| * сонливость |  |  |
| * боль |  |  |
| * Все хорошо |  |  |
| **23** | **Обычно перед анестезией я:** |  |  |
|  | * Переживаю, что она не подействует и будет больно |  |  |
|  | * Боюсь вида шприца |  |  |
|  | * Боюсь самого укола |  |  |
|  | * Понимаю, что все будет хорошо |  |  |
| **24** | **Обычно во время лечения я:** |  |  |
|  | * Очень переживаю и хочу, чтобы все поскорее закончилось |  |  |
|  | * Чувствую себя как ребенок |  |  |
|  | * Переживаю, если доктор делает что- то без предупреждения |  |  |
|  | * Концентрируюсь на ощущениях в ротовой полости |  |  |
|  | * Спокойно сижу в кресле и думаю о чем то своем |  |  |
|  | * Люблю, когда доктор предупреждает, что он(а) будет делать |  |  |
|  | * Часто засыпаю |  |  |
|  | * Люблю когда доктор или ассистент рассказывает что то интересное |  |  |
|  | * Люблю, когда доктор разговаривает со мной как будто я ребенок |  |  |
| **25** | **Обычно во время лечения у меня:** |  | |
|  | - Устает спина в области поясницы |  |  |
|  | - Устают колени (больно коленям) |  |  |
|  | - Устает шея |  |  |
|  | - Иное: |  |  |
| **26** | **Обычно после лечения я:** |  |  |
|  | * Хочу, чтобы анестезия поскорее прошла |  |  |
|  | * Спокойно отношусь к тому, что анестезия отходит не быстро |  |  |
| **27** | **Как часто у Вас болит голова**  - Никогда\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - Крайне редко (раз в месяц и реже)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - Часто (раз в неделю)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - Очень часто (чаще 1 раза в неделю)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - С чем Вы связываете головные боли\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - Что обычно помогает |  |  |
| **28** | **Можете ли Вы пожаловаться на качество сна**  **и если ДА, то**  - трудно засыпать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - беспокойный сон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - трудно просыпаться\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - сон не приности отдыха\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - бессоница\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  |  |  |

**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.