**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 синдромЕсли «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.