**АНКЕТА О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ**

***Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Сообщенные Вами сведения позволят врачу подобрать эффективную анестезию, лекарства и методы лечения, правильно составить план лечения.

Врач пояснит: есть ли связь между Вашим общим здоровьем и состоянием полости рта.

По каждому пункту анкеты необходимо ответить ДА или НЕТ.

Ваши данные составляют врачебную тайну, и не будут доступны посторонним лицам.

**Последнее посещение врача стоматолога *(месяц, год):*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заболевания сердца  | ДА  | НЕТ  |
| Инфаркт миокарда  | ДА  | НЕТ  |
| Наличие кардиостимулятора  | ДА  | НЕТ  |
| Заболевания сосудов  | ДА  | НЕТ  |
| Инсульт  | ДА  | НЕТ  |
| Повышение или понижение артериального давления  | ДА  | НЕТ  |
| Заболевания легких  | ДА  | НЕТ  |
| Бронхиальная астма  | ДА  | НЕТ  |
| Заболевания желудочно-кишечного тракта  | ДА  | НЕТ  |
| Заболевания печени  | ДА  | НЕТ  |
| Заболевания почек  | ДА  | НЕТ  |
| Заболевания щитовидной, паращитовидной железы, др. желез  | ДА  | НЕТ  |
| Сахарный диабет  | ДА  | НЕТ  |
| Травмы  | ДА  | НЕТ  |
| Сотрясение головного мозга  | ДА  | НЕТ  |
| Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы  | ДА  | НЕТ  |
| Заболевание крови  | ДА  | НЕТ  |
| Нарушение свертываемости крови  | ДА  | НЕТ  |
| Заболевания уха, горла, носа  | ДА  | НЕТ  |
| Глаукома (повышение внутриглазного давления)  | ДА  | НЕТ  |
| Заболевание костной системы, суставов  | ДА  | НЕТ  |
| Заболевания кожи  | ДА  | НЕТ  |
| Нейродермит  | ДА  | НЕТ  |
| Проводилось ли исследование на ВИЧ: Да Нет. Если «Да», то каков результат: Положительный Отрицательный  |
| Диарея (поносы), запоры  | ДА  | НЕТ  |
| Головные боли (в том числе беспричинные)  | ДА  | НЕТ  |
| Венерические заболевания  | ДА  | НЕТ  |
| Инфекционные заболевания (Гепатит)  | ДА  | НЕТ  |
| Бывает головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов  | ДА  | НЕТ  |
| Проводилось лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет  | ДА  | НЕТ  |
| Были операции (какие)  | ДА  | НЕТ  |
| Другие заболевания (указать):  | ДА  | НЕТ  |
| **АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ (если имеются, то, как проявляются):**  |
| \* на местные анестетики  | ДА  | НЕТ  |
| \* на антибиотики  | ДА  | НЕТ  |
| \* на сульфанилимиды  | ДА  | НЕТ  |
| \* на препараты йода  | ДА  | НЕТ  |
| \* на гормональные препараты  | ДА  | НЕТ  |