**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 |