

## АНКЕТА ПАЦИЕНТА

1. Когда последний раз вы обращались к стоматологу \_\_\_\_\_

2. Аллергические реакции на местные анестетики, антибиотики, сульфамиды, препараты йода, гормональные препараты, пищевая или другого рода аллергия.

проявлялась  не проявлялась

Указать конкретно на какие препараты имеется аллергическая реакция \_\_\_\_\_

Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка и т.д. при введении анестетиков и других лекарств

было  не было

3. Я перенес(ла) ,страдаю следующими заболеваниями:( **НУЖНО ПОДЧЕРКНУТЬ**)

Заболевания сердца, наличие кардиостимулятора, давление (повышенное, пониженное)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Заболевания крови, нарушение свертываемости, кровоточивость	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Заболевания печени и желчевыводящих путей	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Заболевания инфекционного характера( гепатит А, В, С и др.)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
ВИЧ-инфекция	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Заболевания почек	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Сахарный диабет, заболевания щитовидной железы	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Заболевания центральной и периферической нервной системы, эпилепсия	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Заболевания легких, бронхиальная астма, туберкулез	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Заболевания желудочно-кишечного тракта, диарея (понос)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Заболевания костной системы, суставов, кожи	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Заболевания венерические	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Заболевания ЛОР-органов	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Заболевания онкологические	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Были (есть) язвы в полости рта, сухость во рту	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Переливания крови, инъекции за последние 6 месяцев	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Для пациенток: беременность, вскармливание, принимаете ли Вы контрацептивные препараты	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет

Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением врача, если – да, то какого \_\_\_\_\_

Хорошо ли Вы переносите стоматологические вмешательства \_\_\_\_\_

Своей подписью я подтверждаю точность и достоверность сведений, предоставленных мною лечащему врачу

Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_