

Анкета о состоянии здоровья ребенка

Уважаемые родители, данная информация о состоянии здоровья Вашего ребенка необходима в целях обеспечения успешного и безопасного решения стоматологических проблем, так как процесс лечения и его ближайшие и отдаленные результаты могут быть связаны с заболеваниями различных органов и систем, приемом лекарств, физиологическими особенностями организма.

Внимательно заполните анкету. Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использованы только в целях лечения и профилактики и не будут доступны посторонним лицам.

Неполная или неправильная информация может навредить здоровью Вашего ребенка

Я, _____, _____ года рождения,
законный представитель ребенка _____,
 паспорт: серия _____ № _____ выдан (кем и когда) _____,
 _____,
 адрес места жительства: _____

сообщаю следующие сведения о состоянии здоровья ребенка/подопечного:

Последнее посещение стоматолога проводилось в _____ году

1.	Вирусный гепатит (если да, то какого типа «_____» и когда _____ год)	ДА	НЕТ
2.	Туберкулез	ДА	НЕТ
3.	СПИД	ДА	НЕТ
4.	ВИЧ	ДА	НЕТ
5.	Были ли у Вас аллергические реакции в виде головокружения или потери сознания, удушья, крапивницы, отека Квинке, зуда и покраснения кожи (<i>нужное подчеркнуть</i>) на: • местные анестетики • антибиотики • сульфаниламидные препараты • препараты йода • гормональные средства • пищевые продукты • пыльца растений • шерсть животных • металлы • анальгетики (анальгин, аспирин и др.) - другие аллергены (указать конкретно)	ДА	НЕТ
6.	Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
7.	Болеет ли ребенок в настоящий момент ОРВИ	ДА	НЕТ
8.	Имеете ли ребенок постоянно увеличенные лимфатические узлы	ДА	НЕТ
9.	Проводились ли ребенку инъекции за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
10.	Проводились ли ребенку переливания крови (если да, то когда _____ и по какому поводу _____)	ДА	НЕТ
11.	Отмечаете ли Вы потерю веса ребенка за последние 6 месяцев (если да, то в чем, по Вашему мнению, причина похудения)	ДА	НЕТ
12.	Онкозаболевание (если да, то какое _____ давность _____)	ДА	НЕТ
13.	Были ли у ребенка язвы в полости рта	ДА	НЕТ
14.	Получал ли ребенок лучевую/химиотерапию (если да, то когда _____)	ДА	НЕТ
15.	Остеопороз	ДА	НЕТ
16.	Принимает ли ребенок бифосфонаты (если да, то с какого времени _____)	ДА	НЕТ

17.	Заболевания ЛОР-органов (гайморит, отит, фарингит, тонзилит и др.)	ДА	НЕТ
18.	Были ли у ребенка операции под наркозом за последние полгода (если да, то когда _____ и по какому поводу _____)	ДА	НЕТ
19.	Заболевания эндокринных органов	ДА	НЕТ
20.	Сахарный диабет	ДА	НЕТ
21.	Часто ли у ребенка бывает сухость во рту?	ДА	НЕТ
22.	Аутоиммунные заболевания	ДА	НЕТ
23.	Порок сердца	ДА	НЕТ
24.	Установлен искусственный клапан сердца	ДА	НЕТ
25.	Ишемическая болезнь сердца	ДА	НЕТ
26.	Перенес острый инфаркт миокарда (когда _____)	ДА	НЕТ
27.	Установлен кардиостимулятор	ДА	НЕТ
28.	Отмечаете ли Вы изменения артериального давления у ребенка: • повышение артериального давления (цифры _____) • понижение артериального давления (цифры _____)	ДА ДА	НЕТ НЕТ
29.	Заболевания центральной нервной системы (неврозы, панические атаки и др.)	ДА	НЕТ
30.	Нарушение мозгового кровообращения, инсульт	ДА	НЕТ
31.	Бывают ли у ребенка периоды потери сознания или судорожные припадки	ДА	НЕТ
32.	Сотрясения головного мозга	ДА	НЕТ
33.	Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
34.	Заболевания печени	ДА	НЕТ
35.	Нарушения свертываемости крови, анемия, гемофилия • были ли у ребенка раньше длительные кровотечения после удаления зуба, хирургических вмешательств, травм • легко ли у ребенка образуются кровоподтеки (синяки) страдает ли ребенок носовыми кровотечениями	ДА ДА ДА	НЕТ НЕТ НЕТ
36.	Заболевания мочевыделительной системы	ДА	НЕТ
37.	Заболевания кожи (если да, то какие _____)	ДА	НЕТ
38.	Заболевания опорно-двигательного аппарата	ДА	НЕТ
39.	Травмы челюстно-лицевой области (если да, то когда _____ и какие _____)	ДА	НЕТ
40.	Принимает ли ребенок постоянно какие-либо лекарства, если да, то какие _____	ДА	НЕТ
41.	Курит ли ребенок	ДА	НЕТ
42.	Для женщин: - беременны ли Вы - являетесь ли Вы кормящей матерью	ДА ДА	НЕТ НЕТ

Дополнительно хочу сообщить о состоянии здоровья ребенка следующее:

Я знаю, что в случае использования лекарственных препаратов накануне стоматологического приема, я должен (на) сообщить об этом врачу.

« _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента _____