

АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА

Уважаемый(ая) законный представитель, сообщенные Вами сведения позволят врачу подобрать эффективную анестезию, лекарства и методы лечения, правильно составить план лечения. Врач пояснит (в оправданных случаях): есть ли связь между Вашим общим здоровьем и состоянием полости рта.

Данная информация является конфиденциальной и не подлежит разглашению.

Ответственность за правдивость информации лежит на анкетиреуемом.

По каждому пункту анкеты надо отвечать ДА или НЕТ

	ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	ДА	НЕТ
1	Есть ли сейчас зубная боль или неотложная стоматологическая патология		
2	Были ли травмы полости рта, зубов или челюстей (падение, удары)		
3	Это первый визит Вашего ребенка к стоматологу		
4	Вводилась ли ранее анестезия ребенку при стоматологическом лечении		
5	Бывали ли осложнения при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов (головокружение, потеря сознания, одышка либо др.)		
6	Вскармливание ребенка до 1 года (грудь до __мес., бутылочка с __мес.)		
7	Были ли вредные привычки: сосать соску, сосать палец, кусать губу, дышать ртом, кусать ногти, скрипеть зубами, другие _____		
8	Отмечаются ли нарушения физического развития		
9	Были ли судороги, потеря сознания, обмороки		
10	Были ли травмы головы		
11	Есть или были у ребенка щелчки, боль в суставе при жевании или зевании		
12	Есть или были у вашего ребенка частые головные боли, боли в ушах, глазах, щеках либо около них		
13	Есть ли нарушения слуха, зрения		

АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА

Уважаемый(ая) законный представитель, сообщенные Вами сведения позволят врачу подобрать эффективную анестезию, лекарства и методы лечения, правильно составить план лечения. Врач пояснит (в оправданных случаях): есть ли связь между Вашим общим здоровьем и состоянием полости рта.

Данная информация является конфиденциальной и не подлежит разглашению.

Ответственность за правдивость информации лежит на анкетиреуемом.

По каждому пункту анкеты надо отвечать ДА или НЕТ

	ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	ДА	НЕТ
1	Есть ли сейчас зубная боль или неотложная стоматологическая патология		
2	Были ли травмы полости рта, зубов или челюстей (падение, удары)		
3	Это первый визит Вашего ребенка к стоматологу		
4	Вводилась ли ранее анестезия ребенку при стоматологическом лечении		
5	Бывали ли осложнения при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов (головокружение, потеря сознания, одышка либо др.)		
6	Вскармливание ребенка до 1 года (грудь до __мес., бутылочка с __мес.)		
7	Были ли вредные привычки: сосать соску, сосать палец, кусать губу, дышать ртом, кусать ногти, скрипеть зубами, другие _____		
8	Отмечаются ли нарушения физического развития		
9	Были ли судороги, потеря сознания, обмороки		
10	Были ли травмы головы		
11	Есть или были у ребенка щелчки, боль в суставе при жевании или зевании		
12	Есть или были у вашего ребенка частые головные боли, боли в ушах, глазах, щеках либо около них		
13	Есть ли нарушения слуха, зрения		

14	Есть ли у ребенка заболевания сердца? Если да, то опишите более подробно:		
15	Бывает ли повышенное артериальное давление		
16	Делали ли переливание крови		
17	Есть ли у ребенка анемия, в т.ч. серповидно-клеточная		
18	Легко ли появляются синяки, бывают ли носовые кровотечения, бывают ли интенсивные кровотечения из небольших ран		
19	Болеет ОРВИ: менее 4 раз в год, 4 раза в год, более 4 раз в год		
20	Были ли пневмония, астма, приступы одышки, затрудненного дыхания		
21	Болел ли гепатитом, желтухой		
22	Страдает ли ребенок сахарным диабетом		
23	Есть ли кожные заболевания, герпес		
24	Есть ли аллергия, аллергические реакции? на что?		
25	Какие лекарства принимает ребенок в настоящее время (по рецепту, без рецепта) доза, кратность приема		
26	Привит ли ребенок по поводу: дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, паротита, ветряной оспы, гепатита В, краснухи и др.		
27	Какими заболеваниями болел или переносит в настоящее время (подчеркните, отметьте, когда перенес) Ветряная оспа, краснуха, инфекционный мононуклеоз, корь, скарлатина, паротит, туберкулез, отит, конъюнктивит, фарингит, ринит, синусит, тонзиллит, токсикомания, наркомания, алкоголизм, туберкулез, ВИЧ/ СПИД		

«__» _____ 20__ г.

_____ / _____ /

14	Есть ли у ребенка заболевания сердца? Если да, то опишите более подробно:		
15	Бывает ли повышенное артериальное давление		
16	Делали ли переливание крови		
17	Есть ли у ребенка анемия, в т.ч. серповидно-клеточная		
18	Легко ли появляются синяки, бывают ли носовые кровотечения, бывают ли интенсивные кровотечения из небольших ран		
19	Болеет ОРВИ: менее 4 раз в год, 4 раза в год, более 4 раз в год		
20	Были ли пневмония, астма, приступы одышки, затрудненного дыхания		
21	Болел ли гепатитом, желтухой		
22	Страдает ли ребенок сахарным диабетом		
23	Есть ли кожные заболевания, герпес		
24	Есть ли аллергия, аллергические реакции? на что?		
25	Какие лекарства принимает ребенок в настоящее время (по рецепту, без рецепта) доза, кратность приема		
26	Привит ли ребенок по поводу: дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, паротита, ветряной оспы, гепатита В, краснухи и др.		
27	Какими заболеваниями болел или переносит в настоящее время (подчеркните, отметьте, когда перенес) Ветряная оспа, краснуха, инфекционный мононуклеоз, корь, скарлатина, паротит, туберкулез, отит, конъюнктивит, фарингит, ринит, синусит, тонзиллит, токсикомания, наркомания, алкоголизм, туберкулез, ВИЧ/ СПИД		

«__» _____ 20__ г.

_____ / _____ /