

Прізвище пацієнта, ім'я та по-батькові: _____

Номер карти пацієнта: _____

Дата народження: _____

I. ОБВЕДІТЬ ПРАВИЛЬНУ ВІДПОВІДЬ (якщо Ви не зрозуміли запитання, залиште його без відповіді):

- | | | | |
|----|-----|----|--|
| 1. | Так | Ні | Стан Вашого здоров'я задовільний? |
| 2. | Так | Ні | Чи змінився стан Вашого здоров'я за останній рік? |
| 3. | Так | Ні | Чи були Ви госпіталізовані або мали серйозну хворобу протягом останніх років?
Якщо ТАК, будь ласка, поясніть чому? _____ |
| 4. | Так | Ні | Чи знаходитеся Ви зараз на будь-якому лікуванні у лікаря? Від чого? _____
Дата останнього медичного обстеження? _____ / Дата останнього стоматологічного обстеження _____ |
| 5. | Так | Ні | Чи були у Вас стоматологічні проблеми у минулому? |
| 6. | Так | Ні | Чи маєте Ви зараз скарги на біль? |

II. ЧИ БУЛИ У ВАС НАСТУПНІ СИМПТОМИ:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|----|--|-----|-----|----|------------------------------|
| 7. | Так | Ні | Біль у грудях (стенокардія)? | 18. | Так | Ні | Головокружіння? |
| 8. | Так | Ні | Опухлість кісточок? | 19. | Так | Ні | Дзвін у вухах? |
| 9. | Так | Ні | Задишка? | 20. | Так | Ні | Головний біль? |
| 10. | Так | Ні | Недавня втрата ваги, лихорадка, потіння вночі? | 21. | Так | Ні | Непритомність? |
| 11. | Так | Ні | Стойкий кашель, кашель з кров'ю? | 22. | Так | Ні | Нечітке бачення? |
| 12. | Так | Ні | Проблеми кровотечі, легке утворення синців? | 23. | Так | Ні | Судороги? |
| 13. | Так | Ні | Проблеми з пазухами? | 24. | Так | Ні | Занадто сильна спрага? |
| 14. | Так | Ні | Утруднене ковтання? | 25. | Так | Ні | Часте сечовипускання? |
| 15. | Так | Ні | Частий стул, запор, кров в випорожненнях? | 26. | Так | Ні | Сухість у роті? |
| 16. | Так | Ні | Часта блювота, нудота? | 27. | Так | Ні | Жовтуха? |
| 17. | Так | Ні | Утруднене сечовипускання, кров у сечі? | 28. | Так | Ні | Біль та скованість суглобів? |

III. ЧИ БУЛИ У ВАС АБО Є НАСТУПНІ ЗАХВОРЮВАННЯ:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|----|--|-----|-----|----|--|
| 29. | Так | Ні | Захворювання серця? | 40. | Так | Ні | СНІД |
| 30. | Так | Ні | Сердечний приступ, пороки серця? | 41. | Так | Ні | Пухлини, рак? |
| 31. | Так | Ні | Шуми в серці? | 42. | Так | Ні | Артрит, ревматизм? |
| 32. | Так | Ні | Ревматична лихорадка? | 43. | Так | Ні | Захворювання очей? |
| 33. | Так | Ні | Інсулт, атеросклероз, тромбоз судів? | 44. | Так | Ні | Захворювання шкіри? |
| 34. | Так | Ні | Високий тиск крові (гіпертонія)? | 45. | Так | Ні | Анемія? |
| 35. | Так | Ні | Астма, туберкульоз, емфізема, інші захворювання легень? | 46. | Так | Ні | Венеричні захворювання (сифіліс чи гонорея)? |
| 36. | Так | Ні | Гепатит та інші захворювання печінки? | 47. | Так | Ні | Герпес? |
| 37. | Так | Ні | Проблеми зі шлунком, язви? | 48. | Так | Ні | Захворювання нирок, сечового міхура? |
| 38. | Так | Ні | Алергія на продукти харчування, лікарські вироби, латекс? | 49. | Так | Ні | Захворювання щитовидної, надниркової залоз? |
| 39. | Так | Ні | Діабет, захворювання серця, пухлини у анамнезі Вашої родини? | 50. | Так | Ні | Діабет? |

IV. ЧИ ПОЛУЧАЛИ ВИ АБО ПОЛУЧАЄТЕ НАСТУПНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|----|-------------------------|-----|-----|----|--------------------------------|
| 51. | Так | Ні | Психіатричне лікування? | 56. | Так | Ні | Госпіталізація? |
| 52. | Так | Ні | Радіаційне лікування? | 57. | Так | Ні | Переливання крові? |
| 53. | Так | Ні | Хіміотерапія? | 58. | Так | Ні | Хірургічні операції? |
| 54. | Так | Ні | Штучний клапан серця? | 59. | Так | Ні | Штучний водій серцевого ритму? |
| 55. | Так | Ні | Штучний суглоб? | 60. | Так | Ні | Контактні лінзи? |

V. ЧИ ВЖИВАЄТЕ ВИ:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|----|---|-----|-----|----|------------------|
| 61. | Так | Ні | Наркотичні препарати? | 63. | Так | Ні | Тютюнові вироби? |
| 62. | Так | Ні | Лікарські препарати; лікарські препарати, що продаються без рецепту (включаючи аспірин), природні засоби? | 64. | Так | Ні | Алкоголь? |

Будь ласка, перерахуйте: _____

VI. ТІЛЬКИ ДЛЯ ЖІНОК:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|----|--|-----|-----|----|--|
| 65. | Так | Ні | Ви вагітні чи годуєте груддю або можете завагітніти чи почати годувати груддю? | 66. | Так | Ні | Чи приймаєте Ви протизаплідні препарати? |
|-----|-----|----|--|-----|-----|----|--|

VII. ДЛЯ ВСІХ ПАЦІЄНТІВ:

- | | | | |
|-----|-----|----|--|
| 67. | Так | Ні | У Вас були чи є будь-які інші захворювання чи медичні проблеми НЕ вказані в цієї формі?
Якщо так, будь-ласка, поясніть: _____ |
|-----|-----|----|--|

Наскільки мені відомо, я відповів на кожне запитання повністю та точно. Я повідомлю мого стоматолога про будь-які зміни у моєму стані здоров'я та/чи вживанні лікарських препаратів.

Підпис пацієнта: _____ Дата: _____

ЗМІНИ В ІСТОРИЇ ЗАХВОРЮВАННЯ:

- | | | | | |
|----|-----------------|-------|-------|-------|
| 1. | Підпис пацієнта | _____ | Дата: | _____ |
| 2. | Підпис пацієнта | _____ | Дата: | _____ |
| 3. | Підпис пацієнта | _____ | Дата: | _____ |