*Приложение № 4*

к Правилам от 01.09.2023г., приказ 22-пф

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»**  **Медицинский центр «Авис»**  Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, 188662, г. Мурино,  Воронцовский бульвар, дом 18, помещение 22Н,  Тел. +7 996-779-31-38, *e-mail: [avismyrino@mail.ru](mailto:avismedcentr@mail.ru), сайт: <http://aviscenter.ru>* |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ**

г. Мурино \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_

Сведения о Вашем здоровье позволят врачу правильно подобрать анестезию, лекарства и методы лечения, составить план лечения.

Врач пояснит (в оправданных случаях): есть ли связь между Вашим общим здоровьем и состоянием полости рта.

Ваши данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Последнее посещение врача-стоматолога: месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**По каждому пункту анкеты надо отвечать ДА или НЕТ – поставьте «V»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п\п** | **Сведения о здоровье** | **ДА** | **НЕТ** |
| 1. | **Аллергия. Что вызывает Аллергию**: |  |  |
|  | местные анестетики |  |  |
|  | антибиотики, сульфаниламиды, препараты йода |  |  |
|  | гормональные препараты |  |  |
|  | пыльца и растения, пищевые продукты, шерсть животных |  |  |
|  | другие вещества и препараты |  |  |
|  | Чем снимаются приступы аллергии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ххх | ххх |
| 2.. | **Страдаете ли Вы** |  |  |
|  | повышенным артериальным давлением (макс\_\_\_\_\_\_\_\_ ) |  |  |
|  | пониженным артериальным давлением (мин.\_\_\_\_\_\_\_\_ ) |  |  |
| 3. | **Страдаете ли вы заболеваниями:** |  |  |
|  | сердца (стенокардия, сердцебиение,  инфаркт миокарда, ишемическая болезнь, кардиостимулятор) |  |  |
|  | Почек |  |  |
|  | печени |  |  |
|  | желудочно-кишечного тракта (гастрит, язва) |  |  |
|  | дыхательных путей (астма, туберкулез, бронхит) |  |  |
|  | сосудов (склероз, тромбофлебит) |  |  |
|  | ревматизм |  |  |
|  | глаукома |  |  |
|  | диабет |  |  |
|  | заболевания щитовидной железы |  |  |
|  | заболевания кожи­­­­ (псориаз, нейродермит) |  |  |
|  | уха, горла, носа |  |  |
|  | костной системы, суставов |  |  |
|  | заболевания крови |  |  |
|  | нарушения свертываемости крови |  |  |
|  | Онкологические заболевания |  |  |
|  | ВИЧ |  |  |
|  | Гепатит |  |  |
| 4. | **Бывают ли у Вас** |  |  |
|  | длительные кровотечения (после порезов, травм, операций  головокружения, потери сознания, одышки |  |  |
|  | при введении анестетиков и других препаратов |  |  |
|  | головные боли (в том числе беспричинные) |  |  |
| 5. | **Были ли у Вас** |  |  |
|  | травмы (какие) |  |  |
|  | сотрясение головного мозга |  |  |
|  | припадки, обмороки, эпилепсия |  |  |
| 6. | **Получение медицинской помощи в настоящее время или последние 6 месяцев:** |  |  |
|  | лечусь, проводилось лечение (год\_\_\_\_ месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  |  |
|  | состою на учете в лечебном учреждении (по повод) \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  | последнее медицинское обследование (год\_\_\_\_месяц\_\_\_) |  |  |
|  | операция (год\_\_\_\_\_месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  |  |
| 7. | **Дополнительные сведения** |  |  |
|  | постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  | моя работа связана с вредными факторами (какими)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  | вредные привычки: курение, алкоголь, наркотики |  |  |
| 8. | **Для пациенток** |  |  |
|  | Вы беременны, кормящая мать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  | постоянно или периодически принимаете противозачаточные средства |  |  |
| 9. | **Дополнительная информация, касающаяся стоматологического лечения** |  |  |
|  | при прохождении стоматологического лечения в прошлом были: |  |  |
|  | аллергическая реакция |  |  |
|  | продолжительное кровотечение |  |  |
|  | какие либо другие осложнения вовремя и после лечения |  |  |
|  | боли и щелканья в нижнечелюстном суставе |  |  |
|  | кровоточивость десен при чистке зубов |  |  |
|  | появление герпеса («простуды») |  |  |
|  | появление трещин губ, заед |  |  |
|  | бруксизм (скрежетание зубами) |  |  |
|  | периодическое появление язв в полости рта |  |  |
|  | периодическая или постоянная сухость во рту |  |  |
|  | хотелось бы изменить цвет или форму зубов |  |  |
|  | запах изо рта |  |  |

**10. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мне известно, что от состояния моего здоровья зависят:

- результаты лечения

- гарантии на каждую работу, выполненную врачом.

Я знаю:

- в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога

надо сообщить ему об этом;

- Анкету о здоровье надо заполнять вновь каждый год.

Я подтверждаю, что мои ответы о перенесенных заболеваниях и имевших место

***осложнениях* ДОСТОВЕРНЫ**

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.) (подпись)

Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.) (подпись)