

Ім'я пацієнта: \_\_\_\_\_ Ідентифікаційний номер пацієнта: \_\_\_\_\_

Дата народження: \_\_\_\_\_

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

- |    |     |    |   |
|----|-----|----|---|
| 1. | Так | Ні | У вас гарний загальний стан здоров'я?   |
| 2. | Так | Ні | Стан вашого здоров'я змінився за останній рік?  |
| 3. | Так | Ні | Ви були госпіталізовані чи мали серйозну хворобу протягом останніх трьох років?<br>Якщо ТАК, чому? _____  |
| 4. | Так | Ні | Вас лікує зараз який-небудь лікар? Від чого? _____<br>Дата останнього медичного обстеження? _____ Дата останнього стоматологічного обстеження _____ |
| 5. | Так | Ні | У вас були проблеми з попереднім стоматологічним лікуванням?  |
| 6. | Так | Ні | Ви зараз відчуваєте біль?   |

**II. У ВАС БУЛИ НАСТУПНІ СИМПТОМИ:**

- |     |     |    |  |     |     |    |                              |
|-----|-----|----|--|-----|-----|----|------------------------------|
| 7.  | Так | Ні | Біль у груді (стенокардія)?                    | 18. | Так | Ні | Головокружіння?              |
| 8.  | Так | Ні | Опухання щиколоток?                            | 19. | Так | Ні | Дзенькіт 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 пазухою?                            | 24. | Так | Ні | Занадто сильна спрага?       |
| 14. | Так | Ні | Утруднене ковтання?                            | 25. | Так | Ні | Часте сечовипускання?        |
| 15. | Так | Ні | Діарея, запор, кров в випорожненнях?           | 26. | Так | Ні | Сухий рот?                   |
| 16. | Так | Ні | Часта блювота, нудота?                         | 27. | Так | Ні | Жовтуха?                     |
| 17. | Так | Ні | Утруднене сечовипускання, кров у сечі?         | 28. | Так | Ні | Біль в суглобах, ригідність? |

**III. У ВАС БУЛИ ЧИ Є НАСТУПНІ ЗАХВОРИЮВАННЯ:**

- |     |     |    |   |     |     |    |  |
|-----|-----|----|---|-----|-----|----|--|
| 29. | Так | Ні | Захворювання серця?                                     | 40. | Так | Ні | СНІД   |
| 30. | Так | Ні | Сердечний приступ, порок 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, затвердіння артерій?                            | 44. | Так | Ні | Захворювання шкіри?                          |
| 34. | Так | Ні | Високий тиск крові?                                     | 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 чи захворювання печінки?                        | 47. | Так | Ні | Герпес?                                      |
| 37. | Так | Ні | Проблеми зі шлунком, язви?                              | 48. | Так | Ні | Захворювання нірок, сечового міхуру?         |
| 38. | Так | Ні | Алергія на: лікарства, продукти, медикаменти, латекс?   | 49. | Так | Ні | Захворювання щитовидної, надниркової залози? |
| 39. | Так | Ні | Анамнез діабету, захворювань серця, пухлин?             | 50. | Так | Ні | Діабет?                                      |

**IV. ВИ ПОЛУЧАЛИ ЧИ 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 | Кардіостимулятор?    |
| 55. | Так | Ні | Штучний суглоб?         | 60. | Так | Ні | Контактні лінзи?     |

**V. ВИ ВЖИВАЄТЕ:**

- |     |     |    |  |     |     |    |                          |
|-----|-----|----|--|-----|-----|----|--------------------------|
| 61. | Так | Ні | Препарати для розваги?   | 63. | Так | Ні | Тютюн у будь-якій формі? |
| 62. | Так | Ні | Лікарства, медичні препарати, медичні 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 кормите груддю або можете завагітніти чи почасти кормити груддю? | 66. | Так | Ні | Приймаєте протизаплідні таблетки? |
|-----|-----|----|--|-----|-----|----|-----------------------------------|

**VII. ДЛЯ ВСІХ ПАЦІЄНТІВ:**

- |     |     |    |   |
|-----|-----|----|---|
| 67. | Так | Ні | У вас були чи є будь-які інші захворювання чи медичні проблеми НЕ вказані в цій формі?<br>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 медичних препаратах.

Підпис пацієнта: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**ПЕРЕВІРКА ВІДМІНИ:**

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