

МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ

Имя и фамилия пациента _____ Как к Вам обращаться _____ Возраст _____
 Фамилия и специальность врача _____
 Последний медицинский осмотр _____ Назначение _____
 Как вы оцениваете состояние своего здоровья в целом? Отличное Хорошее Среднее Плохое

У ВАС ЕСТЬ сейчас или БЫЛИ в прошлом:

- | | ДА | НЕТ | | ДА | НЕТ |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. госпитализация в результате заболевания или травмы | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. артрит | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. аллергическая реакция на | | | 28. аутоиммунное заболевание _____
(т. е. ревматоидный артрит, волчанка, склеродермия) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> аспирин, ибупрофен, ацетаминофен, кодеин | | | 29. глаукома _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> пенициллин | | | 30. контактные линзы _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> эритромицин | | | 31. травмы головы или шеи _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> тетрациклин | | | 32. эпилепсия, конвульсии (приступы) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> сульфаниламиды | | | 33. неврологические расстройства (синдром дефицита внимания, синдром гиперактивности с дефицитом внимания, прионная болезнь) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> анестетик местного действия | | | 34. вирусные инфекции и герпес _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> фтор | | | 35. любые образования или припухлости во рту _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> металлы (никель, золото, серебро, _____) | | | 36. крапивница, кожная сыпь, сенильная лихорадка _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> латекс | | | 37. Венерические заболевания/папилломавирус человека _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> другое _____ | | | 38. гепатит (тип _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. проблемы с сердцем или установка кардио-стента в последние шесть месяцев | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39. ВИЧ/СПИД _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. инфекционный эндокардит _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40. опухоль, патологические образования _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. искусственный клапан сердца, пластика порока сердца (открытое овальное окно) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41. лучевая терапия _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. кардиостимулятор или имплантируемый дефибриллятор | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. химиотерапия, иммуносупрессивные препараты _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ортопедический имплантат (замена сустава) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43. эмоциональные проблемы _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ревматизм или скарлатина _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 44. психиатрическое лечение _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. повышенное или пониженное артериальное давление _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 45. антидепрессанты _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. инсульт (принимаете антикоагулянты) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 46. прием алкоголя/периодический прием наркотиков (для развлечения) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. анемия или другое заболевание крови _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Вы: | | |
| 12. длительное кровотечение в результате небольшого пореза (МНО > 3,5) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 47. в настоящее время лечитесь от какого-либо другого заболевания | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. эмфизема, одышка, саркоидоз _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 48. чувствуете изменения в состоянии вашего здоровья за последние 24 часа
(т. е. температура, озноб, новый кашель или понос) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. туберкулез, корь, ветрянка _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 49. принимаете лекарственные препараты для контроля веса | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. астма _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 50. принимаете пищевые добавки _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. проблемы с дыханием или сном (т. е. апноэ во сне, храп, гайморита пазуха) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 51. часто испытываете утомление или изнеможение _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. заболевание почек _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 52. часто страдаете головной болью _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. заболевание печени _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 53. курите, курили в прошлом или используете табак в иной форме _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. желтуха _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 54. считаетесь обидчивым/чувствительным человеком _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. болезнь щитовидной, паразитовидной железы или недостаток кальция | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 55. часто чувствуете себя несчастным или подавленным _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. гормональная недостаточность _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 56. ЖЕНЩИНА – принимаете противозачаточные таблетки | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. повышенный холестерин или прием препаратов, снижающих холестерин _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 57. ЖЕНЩИНА – беременны _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. диабет (HbA1c = _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 58. МУЖЧИНА – заболевания простаты _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. язва желудка или двенадцатиперстной кишки _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 25. расстройства пищеварения (т. е. целиакия, желудочный рефлюкс) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 26. остеопороз/остеопения (т. е. принимаете бисфосфонаты) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Опишите, какое медицинское лечение вы получаете в настоящий момент, предстоящие хирургические операции, генетические задержки/задержки в развитии или другие виды лечения, которые могут повлиять на ваше стоматологическое лечение. (т. е. инъекции «Ботокса», коллагена)

Укажите все лекарственные препараты, добавки и витамины, которые вы принимали в течение последних двух лет.

Лекарственный препарат	Назначение	Лекарственный препарат	Назначение
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ОБЯЗАТЕЛЬНО В ДАЛЬНЕЙШЕМ СООБЩАЙТЕ НАМ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В ВАШЕЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ИЛИ ПРЕПАРАТАХ, КОТОРЫХ ВЫ ПРИНИМАЕТЕ.

Подпись пациента _____ Дата _____

Подпись врача _____ Дата _____

