

Анкета здоровья пациента детского отделения

Прочитайте анкету и ответьте на поставленные вопросы. Достоверность информации необходима для безопасности здоровья Вашего ребенка и эффективности стоматологического лечения.

Находится ли в настоящее время Ваше ребенок под наблюдением педиатра? Или другого врача? По какой причине?	ДА	НЕТ
Понимает ли в настоящее время Ваш ребенок какое-либо лекарство? Укажите какое и причина приема.	ДА	НЕТ
Бывают ли у вашего ребенка аллергические реакции на лекарственные препараты? Какие?	ДА	НЕТ
Бывают ли у Вашего ребенка аллергические реакции на пищевые продукты и др.? Какие?	ДА	НЕТ
Были ли у Вашего ребенка внутриутробная гипоксия, послеродовая желтуха, антибиотикотерапия в первые 2-3 месяца после рождения?	ДА	НЕТ
Как протекал первый триместр беременности (применялись ли мамой медикаментозные препараты, были ли гестоз, вирусные и бактериальные инфекции и т.д.)?	ДА	НЕТ
Болел ли Ваш ребенок на первом году жизни? Какими заболеваниями?	ДА	НЕТ
Как часто Ваш ребенок болеет ОРВИ, в течении года?	ДА	НЕТ
Сколько дней в году Ваш ребенок принимает антибиотики? В виде чего? (сироп, таблетки, инъекции)? Какие?	ДА	НЕТ
Были ли у Вашего ребенка кишечные инфекции, диспепсия, дисбактериоз?	ДА	НЕТ
Был ли у Вашего ребенка кишечные инфекции, диспепсия, дисбактериоз?	ДА	НЕТ
Был ли у Ваш ребенок часто болен и получал/получает сироп от кашля? В течении _____ дней ежегодно.	ДА	НЕТ
Страдает ли Ваш ребенок хроническими заболеваниями и получал/получает постоянно лекарства? Какие?	ДА	НЕТ
Болеет ли Ваш ребенок врожденным пороком сердца, ревматизмом, ревматическим поражением сердца?	ДА	НЕТ
Были ли у Вашего ребенка хирургические операции на сердце?	ДА	НЕТ
Страдает ли Ваш ребенок повышением (понижением) артериального давления, анемией?	ДА	НЕТ
Страдает ли Ваш ребенок заболеваниями системы крови?	ДА	НЕТ
Бывают ли у Вашего ребенка припадки (эпилепсия), обмороки?	ДА	НЕТ
Были ли у Вашего ребенка травмы головы, шеи, позвоночника? В каком возрасте?	ДА	НЕТ
Были ли у Вашего ребенка гепатит и другие заболевания печени?	ДА	НЕТ
Были ли у Вашего ребенка заболевания почек?	ДА	НЕТ
Были ли у Вашего ребенка заболевания щитовидной железы?	ДА	НЕТ
Были ли у Вашего ребенка детские инфекционные заболевания: ветряная оспа, корь, краснуха?	ДА	НЕТ
Болел ли Ваш ребенок туберкулезом? Находится ли он на диспансерном учете в тубдиспансере?	ДА	НЕТ
Болеет ли Ваш ребенок диабетом?	ДА	НЕТ
Страдает ли Ваш ребенок заболеваниями дыхательной системы, бронхиальной астмой? Были ли у Вашего ребенка аденоиды, риниты, ангина, отит, бронхит, гайморит?	ДА	НЕТ
Страдали ли Ваш ребенок венерическими заболеваниями, СПИДом?	ДА	НЕТ
Имеет ли Ваш ребенок какие-либо другие серьезные сопутствующие заболевания или перенесенные операции?	ДА	НЕТ
Добавьте, что считаете важным:		
Наблюдались ли у Вашего ребенка при стоматологическом лечении у врача-стоматолога детского, врача-ортодонта, врача стоматолога-хирурга:	ДА	НЕТ
- аллергические реакции	ДА	НЕТ
- продолжительное кровотечение какое-либо	ДА	НЕТ
Какие-либо другие осложнения во время или после стоматологического лечения?	ДА	НЕТ

Ф.И.О представителя: _____

Дата: _____ Подпись законного представителя: _____