

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Имя и Фамилия пациента _____ Возраст _____

Как бы Вы оценили состояние Вашей ротовой полости? Отличное Хорошее Среднее Плохое

Дата последнего осмотра полости рта ____/____/____

Дата последнего рентгена ____/____/____

Дата последнего лечения (не считая гигиенической чистки) ____/____/____

Я посещаю своего стоматолога в плановом порядке каждые: 4 мес. 6 мес. 12 мес. Не посещаю в плановом порядке

Какая проблема привела Вас в клинику? _____

ОТВЕТЬТЕ «ДА» ИЛИ «НЕТ» НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ: ДА НЕТ

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

1. Вы боитесь лечиться у стоматолога? По шкале от 1 (несильно) до 10 (очень сильно) на сколько боитесь [____] _____
2. Был ли у Вас когда-либо неприятный опыт лечения у стоматолога? _____
3. Были ли у Вас когда-либо осложнения после лечения у стоматолога? _____
4. Были ли у Вас трудности с обезболиванием или осложнения после использования анестетиков? _____
5. Носили ли Вы когда-нибудь брекеты, проходили ортодонтическое лечение, исправление или шлифовывание прикуса? _____
6. Были ли какие-то из зубов удалены или каких зубов никогда не было? _____

СОСТОЯНИЕ ДЕСЕН И КОСТНОЙ ТКАНИ

7. Когда Вы чистите зубы нитью или зубной щеткой, кровоточат или болят ли у Вас десны? _____
8. Проводилось ли Вам лечение десен или говорили ли Вам, что у Вас есть потеря костной ткани около зубов? _____
9. Замечали ли Вы когда-нибудь неприятный привкус во рту или запах? _____
10. Есть ли у кого-нибудь в Вашей семье пародонтит (заболевание десен)? _____
11. Была ли у Вас когда-нибудь рецессия десен (оголение корней зубов)? _____
12. Появлялась ли у Вас расшатанность зубов (самопроизвольно, без травмы)? Трудно ли Вам есть яблоко? _____
13. Вы когда-нибудь испытывали чувство жжения во рту, не связанное с зубами? _____

ТКАНИ ЗУБОВ

14. Появлялся ли у Вас кариес в последние 3 года? _____
15. Есть ли у Вас ощущение недостаточного количества слюны во рту? _____
16. Чувствуете или видите ли Вы ямки (впадины, углубления) на жевательной поверхности зубов? _____
17. Реагируют ли Ваши зубы болезненно на горячее, холодное, сладкое или болят, когда Вы кусаете? _____
18. Есть ли у Вас бороздки или выемки на зубах возле десневого края? _____
19. Бывали ли случаи, когда у Вас ломался или откалывался зуб, болел зуб или скалывалась пломба? _____
20. Часто ли у Вас застревает пища между зубами? _____

ПРИКУС И ЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ

21. Есть ли у Вас проблемы с височно-нижнечелюстным суставом? (боль, звуки, ограниченное открывание, щелчки) _____
22. При смыкании зубов, чувствуете ли Вы, что нижняя челюсть вынужденно задвигается назад? _____
23. Испытываете ли Вы трудности с жеванием или избегаете ли Вы жвачку, морковь, орехи или другую твердую и сухую пищу? _____
24. Изменились ли Ваши зубы за последние 5 лет, стали ли они короче, тоньше, истерлись? _____
25. Замечаете ли Вы, что у Вас повышается искривленность зубов, скученность или перекрытие? _____
26. Увеличиваются ли у Вас промежутки между зубами или становятся ли Ваши зубы более подвижными? _____
27. Чтобы зубы лучше смыкались, нужно ли Вам сжимать или сдвигать челюсти? Или у Вас несколько положений прикуса? _____
28. Держите ли Вы язык между зубами или смыкаете ли Вы зубы на языке для удобства положения нижней челюсти? _____
29. Есть ли у Вас вредные привычки- жевание льда, кусание ногтей, держать зубами предметы и т.п.? _____
30. Стираете ли Вы зубы днем, доводите ли Вы их до болезненного состояния? _____
31. Есть ли у Вас проблемы со сном, просыпаетесь ли Вы с головной болью или с чувством ощущения собственных зубов? _____
32. Носите ли Вы или носили ли когда-нибудь зубные каппы (предохраняющие зубы)? _____

ХАРАКТЕРИСТИКИ УЛЫБКИ

33. Хотите ли Вы изменить что-нибудь во внешнем виде Ваших зубов? _____
34. Делали ли Вы когда-либо отбеливание зубов? _____
35. Стесняетесь ли Вы или испытываете дискомфорт из-за внешнего вида своих зубов? _____
36. Были ли Вы когда-либо разочарованы эстетическими результатами предыдущего лечения? _____

Подпись пациента _____ Дата _____

Подпись врача _____ Дата _____

МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ

Имя и Фамилия пациента _____ Возраст _____
 Последний медицинский осмотр и его цель _____

Как Вы оцениваете состояние своего здоровья в целом?

Отличное Хорошее Среднее Плохое

У ВАС ЕСТЬ сейчас или БЫЛИ в прошлом: **ДА** **НЕТ**

1. Госпитализация в результате заболевания или травмы
2. Аллергическая реакция на
 - аспирин, ибупрофен, ацетаминофен, кодеин
 - пенициллин
 - эритромицин
 - тетрациклин
 - сульфаниламиды
 - местные анестетики
 - фтор
 - металлы (никель, золото, серебро)
 - латекс
 - другое
3. Проблемы с сердцем, ИБС, стенты или АКШ в последние 6 мес.
4. Инфекционный эндокардит
5. Искусственный клапан, пластика порока сердца
6. Водитель ритма или имплантируемый дефибриллятор
7. Ортопедический имплант (замена сустава)
8. Ревматизм или скарлатина
9. Высокое или низкое артериальное давление
10. Инсульт (принимаете антикоагулянты)
11. Анемия или другое заболевание крови
12. Длительное кровотечение при легком порезе (МНО>3,5)
13. Эмфизема, одышка, саркоидоз
14. Туберкулез, корь, ветрянка
15. Астма
16. Проблемы с дыханием или сном (т.е. насморк, храп, синуситы)
17. Заболевания почек
18. Заболевания печени
19. Желтуха
20. Заболевания щитовидной/паращитовидной железы или дефицит кальция
21. Гормональная недостаточность
22. Высокий холестерин или прием статинов
23. Диабет (HbA1c= _____)
24. Язва желудка или двенадцатиперстной кишки
25. Расстройства пищеварения (целиакия, желудочный рефлюкс)
26. Остеопороз/остеопения (т.е. принимаете бисфосфонаты)

- | | ДА | НЕТ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 27. Артрит _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Аутоиммунное заболевание (т.е. ревматоидный артрит, волчанка, склеродермия) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Глаукома _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Контактные линзы _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Травмы головы и шеи _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Эпилепсия, судороги (приступы) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Неврологические расстройства (СДВ, СДВГ, прионная болезнь) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Вирусные инфекции и герпес _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Любые образования или припухлости во рту _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Крапивница, кожная сыпь, сменная лихорадка _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Венерические заболевания/папилломавирус _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Гепатит (тип _____) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. ВИЧ/СПИД _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Опухоль, патологические образования _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Лучевая терапия _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Химиотерапия, иммуносупрессивные препараты _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Эмоциональные проблемы _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Психиатрическое лечение _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Прием антидепрессантов _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Алкоголь/наркотики (иногда) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ВЫ:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 47. В настоящее время лечитесь от какого-либо заболевания _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Чувствуете изменения в состоянии Вашего здоровья за последние 24 часа (т.е. температура, озноб, кашель) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Принимаете лекарственные препараты для контроля веса _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Принимаете пищевые добавки _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. Часто бываете утомлены или измождены _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Часто страдаете от головной боли _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Курите, курили в прошлом _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. Считаетесь обидчивым/чувствительным человеком _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55. Часто чувствуете себя несчастным или подавленным _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56. ЖЕНЩИНА – принимаете противозачаточные таблетки _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. ЖЕНЩИНА – беременны _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. МУЖЧИНА – заболевания простаты _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Опишите, какое медицинское лечение Вы получаете в настоящий момент, предстоящие хирургические операции, генетические заболевания, задержки в развитии или другие виды лечения, которые могут повлиять на Ваше стоматологическое лечение (например, инъекции ботокса или коллагена).

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

Лекарственный препарат	Цель приема	Лекарственный препарат	Цель приема
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ОБЯЗАТЕЛЬНО В ДАЛЬНЕЙШЕМ СООБЩАЙТЕ НАМ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ ИЛИ ЛЮБЫХ ПРЕПАРАТАХ, КОТОРЫЕ ВЫ ПРИНИМАЕТЕ

Подпись пациента _____ Дата _____

Подпись врача _____ Дата _____