

Історія хвороби – дорослий пацієнт

Інформація призначена лише для наших записів
і зберігатиметься в таємниці

Наклейка з
ідентифікаційним
номером пацієнта

ІМ'Я: _____ / _____ / _____ СЬОГОДНІШНЯ ДАТА: _____
Прізвище Ім'я По-батькові

ДАТА НАРОДЖЕННЯ: _____ СТАТЬ: Чоловік Жінка

НАЙБЛИЖЧИЙ РОДИЧ АБО КОНТАКТНА ОСОБА: _____ ТЕЛЕФОН: _____

Якщо цю форму заповнює не пацієнт, укажіть міру спорідненості з ним _____

ІМ'Я ЛІКАРЯ: _____ ДАТА ОСТАННЬОГО ФІЗИКАЛЬНОГО ОБСТЕЖЕННЯ: _____

АДРЕСА ЛІКАРЯ: _____ ТЕЛЕФОН: _____

Позначте ТАК або Ні:

- Так Ні Чи ви здорові?
- Так Ні Чи відбулися якісь зміни у вашому загальному стані здоров'я за минулий рік? Якщо так, то які? _____
- Так Ні Чи перебуваєте ви під наглядом лікаря? Якщо так, яке захворювання лікується? _____
- Так Ні Чи перенесли ви тяжке захворювання або операцію? Якщо так, то що це було за захворювання чи операція? _____
- Так Ні Чи були ви госпіталізовані за останні 5 років? Якщо так, то чому? _____
- Так Ні Серцево-судинні захворювання (хвороби серця, інфаркт міокарда, коронарна оклюзія, коронарна недостатність)
- Так Ні Пошкоджені серцеві клапани, штучні клапани серця або шуми в серці?
- Так Ні Чи потребували ви коли-небудь переливання крові? Якщо так, поясніть чому: _____
- Так Ні Чи є у вас захворювання крові, як-от анемія?
- Так Ні Чи переносили ви хірургічне втручання, променеву або медикаментозну терапію з приводу пухлини, новоутворення або іншого захворювання?
- Так Ні Чи були у вас тяжкі проблеми, пов'язані з попереднім лікуванням зубів?
- Так Ні Чи перебуваєте ви зараз або перебували коли-небудь у минулому в програмі лікування наркозалежних?
- Так Ні Чи вживаєте ви будь-які рекреаційні наркотики? Якщо так, перелічіть: _____
- Так Ні Чи приймаєте ви зараз або колись у минулому ліки від остеопорозу (біофосфонати, як-от фосамакс)?
- Так Ні Чи відчуваєте ви біль у грудях при фізичному навантаженні?
- Так Ні Чи є у вас кардіостимулятор?
- Так Ні У вас коли-небудь діагностували рак?
- Так Ні Чи працюєте ви в умовах, які регулярно піддають вас впливу рентгенівського або іншого іонізуючого випромінювання?
- Так Ні Ви палите?
- Так Ні Чи є у вас якесь захворювання, стан або проблема, не зазначені вище, про які, на вашу думку, я повинен знати?
Якщо так, поясніть: _____

Чи маєте ви зараз, або мали колись у минулому, якісь із наведених нижче захворювань або проблем: Позначте ТАК або Ні:

- Так Ні Захворювання, що ослаблюють імунну систему, або аутоімунні хвороби, як-от ВІЛ, СНІД або вовчак
- Так Ні Діабет Якщо так, то чи контролюється він? Який у вас тип? _____
- Так Ні Проблеми з гайморовою пазухою
- Так Ні Астма

- Так Ні Артрит Якщо так, то якого типу _____
- Так Ні Виразкова хвороба шлунка
- Так Ні Проблеми з нирками
- Так Ні Туберкульоз

* * * * * **Заповніть іншу сторону** * * * * *

- Так Ні Венеричні захворювання Якщо так, які саме: _____
- Так Ні Аномальна кровотеча, пов'язана з попереднім видаленням, хірургічним втручанням або травмою
- Так Ні Легко отримані синці
- Так Ні Високий артеріальний тиск
- Так Ні Інсульт
- Так Ні Вроджені вади серця
- Так Ні Захворювання печінки
- Так Ні Гепатит Якщо так, якого типу? _____
- Так Ні Непритомність, судоми або епілепсія

Чи є у вас алергія або небажана реакція на що-небудь із переліченого нижче? Позначте ТАК або НІ

- Так Ні Місцеві анестетики. Якщо так, що саме сталося? _____
- Так Ні Пеніцилін. Якщо так, що саме сталося? _____
- Так Ні Інші антибіотики _____. Якщо так, що саме сталося? _____
- Так Ні Аспірин. Якщо так, що саме сталося? _____
- Так Ні Кодеїн або інші наркотики. Якщо так, що саме сталося? _____
- Так Ні Барбітурати, седативні препарати або снодійне. Якщо так, що саме сталося? _____
- Так Ні Латекс або натуральний каучук. Якщо так, що саме сталося? _____
- Так Ні Інше _____. Якщо так, що саме сталося? _____

Перелічить усі лікарські засоби, які ви зараз приймаєте за рецептом і без рецепта:

| Назва лікарського засобу | (скористайтеся додатковим папером за потреби) | Доза | Періодичність |
|--------------------------|---|------|---------------|
| | | | |
| | | | |

ЖІНКИ

- Так Ні Ви вагітні або думаєте, що вагітні?
Якщо так, то який термін пологів? _____
- Так Ні Ви годуєте грудьми?
- Так Ні Це ваша перша дитина?

Я підтверджую, що прочитав(-ла) і зрозумів(-ла) вищевикладене, і визнаю, що отримав(-ла) відповіді на свої запитання, які мене задовольняють. Я не буду покладати на свого стоматолога або будь-якого працівника СНС відповідальність за будь-які помилки/упущення, які я міг (могла) зробити під час заповнення цієї форми.

| | | |
|---|--------------------------------------|---------------|
| _____ Пацієнт/Батько/Опікун Підпис | _____ Стоматолог/гігієніст Підпис | _____ Дата |
| _____ Ім'я перекладача, написане друкованими літерами | | |
| _____ Перекладач Підпис | | |