

ООО «Стэльвио»

Приложение к договору № \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г. (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

Просим Вас уделить время для заполнения данной анкеты. Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия степени развития общих заболеваний организма. Предоставленная Вами информация крайне важна для грамотного и безопасного стоматологического лечения Вашего ребенка с благоприятным прогнозом.

Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

**Анкета о состоянии здоровья ребенка**

Ф.И.О. ребенка (полностью) \_\_\_\_\_

Число/месяц/год рождения ребенка \_\_\_\_\_

Адрес ребенка \_\_\_\_\_

Ф.И.О. законного представителя ребенка \_\_\_\_\_

Адрес законного представителя ребенка \_\_\_\_\_

Номер телефона: домашний \_\_\_\_\_ рабочий \_\_\_\_\_ мобильный \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

О здоровье своего ребенка сообщаю следующее:

(Отвечая на вопросы анкеты, отмечайте, пожалуйста, **ДА** или **НЕТ** по каждому пункту).

**ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Заболевания сердца	ДА	НЕТ
Заболевания сосудов	ДА	НЕТ
Повышение/понижение артериального давления	ДА	НЕТ
Головокружение, потеря сознания, одышка и т.д. при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов	ДА	НЕТ
Бледность/цианоз носогубного треугольника при физической нагрузке или плаче	ДА	НЕТ
Спонтанные носовые кровотечения	ДА	НЕТ
Заболевания крови	ДА	НЕТ
Нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
Переливания крови (когда)	ДА	НЕТ
Заболевания печени	ДА	НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
Диарея (поносы)	ДА	НЕТ
Заболевания почек	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной, паращитовидной железы, др. желез	ДА	НЕТ
Заболевания глаз	ДА	НЕТ
Глаукома (повышение внутриглазного давления)	ДА	НЕТ
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы. Если- да, укажите какие _____	ДА	НЕТ
Травмы головы (сотрясение, ушиб головного мозга) и шеи	ДА	НЕТ
Беспричинные головные боли	ДА	НЕТ

Аутоиммунные заболевания (ревматизм, Болезнь Бехтерева, красная волчанка, системная склеродермия)	ДА	НЕТ
Заболевания легких, бронхиальная астма, туберкулез	ДА	НЕТ
Кашель ночью на фоне полного здоровья	ДА	НЕТ
Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа)	ДА	НЕТ
Длительные боли в горле или затрудненное глотание	ДА	НЕТ
Привычное дыхание ртом	ДА	НЕТ
Заболевания гайморовых пазух	ДА	НЕТ
Удаление миндалин (когда)	ДА	НЕТ
Удаление аденоидов(когда)	ДА	НЕТ
Заболевания костной системы, суставов	ДА	НЕТ
Рахит	ДА	НЕТ
Травмы	ДА	НЕТ
Заболевания кожи	ДА	НЕТ
Нейродермит	ДА	НЕТ
Грибковые заболевания (были, есть)	ДА	НЕТ
Периодически появляющиеся багровые или красные участки на коже, сыпь	ДА	НЕТ
Инфекционные заболевания	ДА	НЕТ
Вирусные инфекции и герпес	ДА	НЕТ
ВИЧ-инфекция (если проводилось исследование, то какой результат)	ДА	НЕТ
Гепатит А, В, С	ДА	НЕТ
Состоит ли на учете в лечебном учреждении	ДА	НЕТ
Последнее общемедицинское обследование проводилось в _____ году	ДА	НЕТ
Вакцинация по графику (если- да, то по какому)	ДА	НЕТ
Болезни и госпитализации в возрасте до 1 года _____ _____	ДА	НЕТ
Другие заболевания _____	ДА	НЕТ
Операции _____	ДА	НЕТ
Постоянные или периодические приемы лекарственных препаратов _____ _____	ДА	НЕТ
Регулярный мониторинг показателей уровня витаминов D,С,А,Е,группы В; железа, в том числе ферритина, кальция	ДА	НЕТ
Прием витаминов , БАДов (какие) _____ _____	ДА	НЕТ
Иньекции (внутримышечные, подкожные и др.) за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
Проводилось ли лечение заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы	ДА	НЕТ
Длительная необъяснимая лихорадка	ДА	НЕТ

Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы)	ДА	НЕТ
Ночная потливость	ДА	НЕТ
Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	ДА	НЕТ
Наблюдается ли ребенок у постоянного педиатра? Если да, то как с ним связаться _____	ДА	НЕТ

**Аллергологический анамнез:**

**Если есть, то как проявляется реакция** – слезотечение, зуд, кашель, чихание, сыпь, потеря сознания, отеки рук, ног, глаз, отек Квинке, анафилактический шок (**нужное подчеркнуть**)

**Чем купируется приступ** (название препарата): \_\_\_\_\_

**Дата последней аллергической реакции** \_\_\_\_\_

На местные анестетики (если помните, укажите название препарата) _____ _____	ДА	НЕТ
На антибиотики (пенициллин, ампициллин, амоксициллин и др.) _____	ДА	НЕТ
На сульфаниламиды (бисептол, аргедин, фталазол и др.)	ДА	НЕТ
На препараты йода	ДА	НЕТ
На гормональные препараты (дексаметазон)	ДА	НЕТ
На НПВС (ибупрофен, парацетамол)	ДА	НЕТ
На хлор	ДА	НЕТ
На другие лекарственные препараты (какие?)	ДА	НЕТ
На металлы (кобальт-хром, никель-титан, оксид циркония, оксид алюминия, полевошпатная керамика)	ДА	НЕТ
На холод	ДА	НЕТ
Сезонная аллергия	ДА	НЕТ
На шерсть животных	ДА	НЕТ
На бытовые чистящие и моющие средства	ДА	НЕТ
На укусы насекомых	ДА	НЕТ
Пищевая аллергия (яичный белок, белок молока, в том числе казеин, цитрусовые, авокадо и пр).	ДА	НЕТ

**анамнез жизни:**

Находится ли ребенок в настоящее время на постоянной диете?	ДА	НЕТ
Профессиональный спорт	ДА	НЕТ
Находится ли ребенок в настоящее время на спортивной диете?	ДА	НЕТ
Страх клиник, врачей, незнакомых людей	ДА	НЕТ
Любимый мультфильм, герой	ДА	НЕТ
Как протекала беременность, были ли осложнения у матери или ребенка _____ _____	ДА	НЕТ
Особенности развития и поведения, о которых нам важно знать _____ _____	ДА	НЕТ

**стоматологический анамнез:**

Последний визит к стоматологу(когда) _____	ДА	НЕТ
Раннее стоматологическое лечение	ДА	НЕТ
Профессиональная гигиена полости рта(когда) _____	ДА	НЕТ
Рентгенологическое исследование(когда) _____	ДА	НЕТ
Лечение в седации/наркозе (когда, почему) _____	ДА	НЕТ
Делали ли местную анестезию(укол)	ДА	НЕТ
Ребенок самостоятельно лежал в кресле или на руках у родителей (нужное подчеркнуть)		
Как ребенок перенес лечение – плач, боль, обида, все хорошо (нужное подчеркнуть)		
Постоянная сухость в полости рта	ДА	НЕТ
Кровоточивость десен во время еды, чистки щеткой или зубной нитью?	ДА	НЕТ
Язвочки в полости рта	ДА	НЕТ
Чувство жжения в полости рта	ДА	НЕТ
Неприятный привкус во рту или неприятный запах	ДА	НЕТ
Бруксизм (ночное скрежетание зубами)	ДА	НЕТ

Я, \_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество (при наличии))

правдиво ответил(а) на пункты анкеты.

Мне известно, что сведения о состоянии здоровья ребенка надо обновлять каждые 6 месяцев.

Мне известно, что результаты лечения (выполнения работ) зависят от состояния здоровья ребенка.

Мне известно, что в случае приема лекарственных препаратов ребенком перед посещением стоматолога мне надо сообщить ему об этом

**Законный представитель ребенка** \_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество (при наличии))

(подпись)

**Врач** \_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) врача-стоматолога)

(подпись)

Дата \_\_\_\_\_ 2023г.