

**Материал для скачивания:**

**1. Анкета здоровья пациента перед проведением операции под местной анестезией**

ФИО пациента	
Вес пациента (кг)	
Рост пациента (см)	
Есть ли аллергия на лекарственные препараты, пищевые продукты или иные факторы (непереносимость)?	<p style="text-align: center;">Есть                      Нет</p> <p style="text-align: center;">Если есть, перечислить названия лекарств или иных факторов и в скобках указать в чем выражается непереносимость:</p> <p style="text-align: center;">_____</p>
Курите ли Вы (пациент)?	<p style="text-align: center;">Да                      Нет</p>
Употребляете ли Вы (пациент) алкоголь?	<p style="text-align: center;">Да                      Нет</p>
Употребляли ли Вы (пациент) наркотические или психотропные препараты?	<p>Никогда не употреблял(а) Употреблял(а) ранее Употребляю сейчас Если употребляли – указать название препаратов, дозировку</p> <p>_____</p>
Есть ли (были ли) у Вас заболевания печени? (гепатит, цирроз, желтуха и др.)	<p style="text-align: center;">Да                      Нет</p> <p style="text-align: center;">При наличии укажите, какими заболеваниями болели:</p> <p style="text-align: center;">_____</p>
Есть ли (были ли) у Вас инфекционные заболевания? (туберкулез, ВИЧ, венерические болезни)	<p style="text-align: center;">Да                      Нет</p> <p style="text-align: center;">При наличии укажите, какие:</p> <p style="text-align: center;">_____</p>
Есть ли эндокринные заболевания? (сахарный диабет, болезни щитовидной железы и др.)	<p style="text-align: center;">Да                      Нет</p> <p style="text-align: center;">При наличии укажите, какие:</p> <p style="text-align: center;">_____</p>

<p>Есть ли заболевания сердечно-сосудистой системы? (ИБС, стенокардия, нарушения ритма сердца, гипертоническая болезнь и др.)</p>	<p style="text-align: center;">Да                      Нет</p> <p style="text-align: center;">При наличии укажите, какие:</p> <p style="text-align: center;">_____</p>
<p>Есть ли заболевания глаз? (глаукома, катаракта и др.)</p>	<p style="text-align: center;">Да                      Нет</p> <p style="text-align: center;">При наличии укажите, какие:</p> <p style="text-align: center;">_____</p>
<p>Есть ли заболевания - артрит, ревматизм и ревматоидный артрит?</p>	<p style="text-align: center;">Да                      Нет</p> <p style="text-align: center;">При наличии укажите, какие:</p> <p style="text-align: center;">_____</p>
<p>Есть ли заболевание остеопороз?</p>	<p style="text-align: center;">Да                      Нет</p>
<p>Есть ли другие хронические заболевания</p>	<p>О других (не упомянутых ранее) хронических заболеваниях мне не известно</p> <p>Имеются следующие хронические заболевания (указать): _____</p>
<p>Какие лекарства принимаете на постоянной основе? (препараты, влияющие на свертываемость крови, препараты для лечения гипертонии, сердца, бисфосфонаты и др.)</p>	<p>Никаких лекарств постоянно не принимаю</p> <p>Принимаю какие-то лекарства, названия которых не помню</p> <p>Принимаю следующие лекарства:</p> <p>(указать название, по возможности – дозу и кратность приема)</p> <p>_____</p>
<p>Были ли ранее травмы и/или операции?</p>	<p>Нет</p> <p>Были (указать год и характер травмы и/или операции): _____</p>
<p>Если ранее переносили анестезии (наркозы), были ли осложнения, связанные с проведением наркоза?</p>	<p>Мне не известно о каких-либо осложнениях или проблемах при ранее проводимых анестезиях</p> <p>Осложнения были (указать при какой операции, какая анестезия (общая или местная), в каком году, в чем выражались осложнения): _____</p>
<p>Есть ли у Вас съемные зубные протезы?</p>	<p style="text-align: center;">Есть                      Нет</p>

**Дополнительные сведения, которые Вы считаете необходимым сообщить стоматологу**

---

---

---

**Содержание вопросов анкеты мне понятно. Мои ответы правдивы и не содержат заведомо ложной информации. Я полностью осознаю, что информация, которую я предоставил в данной анкете будет использоваться врачом-стоматологом при проведении анестезии и ложные сведения, предоставленные в данной анкете могут привести к ситуации, которая может угрожать моему здоровью и жизни.**

**Подпись пациента или его законного представителя:** \_\_\_\_\_

**Дата заполнения анкеты:** « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.