

**ГБУЗ МО «ПОДОЛЬСКАЯ ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
ПОЛИКЛИНИКА»**

Анкета о состоянии здоровья ребёнка (заполняется родителями
ребенка до 15 лет). Убедительно просим Вас ответить на вопросы анкеты о
состоянии здоровья ребенка с целью индивидуального подбора
лекарственных препаратов. Мы гарантируем, что сведения, указанные
Вами, не будут доступны посторонним лицам.

1. Когда ребёнок в последний раз был у стоматолога? _____
2. Состоит ли ребёнок под наблюдением у врача по поводу какого-либо хронического заболевания? _____ да/нет/не знаю
3. Страдает ли ребенок болезнями сердца, сосудов? _____ да/нет/не знаю
4. Укажите нормальные (рабочие) цифры артериального давления ребёнка _____ (не знаю)
5. Бывают ли подъёмы артериального давления? _____ да/нет/не знаю
До каких цифр? С чем связано (волнение, физ. нагрузки)? _____
6. Бывают ли у ребёнка головокружения, потеря сознания, падение артериального давления при посещении стоматолога, травме, при виде крови, при введении каких-либо лекарств? _____ да/нет/не знаю
7. Бывают ли у ребёнка проявления аллергии? _____ да/нет/не знаю
Как это проявляется? На лекарственные препараты (указать, какие), на предметы бытовой химии, хлорсодержащие средства, на пищевые продукты, шерсть животных: укажите, в чем проявляются эти аллергические реакции? _____
8. Страдает ли ребёнок хроническим бронхитом? Бронхиальной астмой? _____ да/нет/не знаю
9. Страдает ли сахарным диабетом? Заболеванием щитовидной железы? _____ да/нет/не знаю
10. Болел ли ребёнок гепатитом (желтухой)? _____ да/нет/не знаю
11. Страдает ли ребёнок заболеваниями почек, хронической почечной недостаточностью? _____ да/нет/не знаю
12. Страдает ли ребёнок эпилепсией? _____ да/нет/не знаю
13. Страдает ли ребёнок хроническим гайморитом или тонзиллитом? _____ да/нет/не знаю
14. Какие операции под общим или местным обезболиванием перенес ребёнок? _____
15. Были ли у ребёнка травмы (особенно в челюстно-лицевой области)? _____ да/нет/не знаю
16. Бывают ли у ребёнка проявления герпетической инфекции (простуды) на губах? _____ да/нет/не знаю
В полости рта? _____
17. Страдает ли ребёнок заболеваниями системы крови? Нарушением свертываемости крови? _____ да/нет/не знаю
18. Замечаете ли Вы у ребёнка чрезмерное смыкание зубов во время сна, скрежетание зубами? _____ да/нет/не знаю

Я искренне ответил(а) на вопросы анкеты, но ещё хочу дополнительно сообщить о состоянии здоровья ребёнка _____

Мне известно, что я обязательно должен сообщить врачу о том, что ребенок принимает какие-либо лекарства постоянно или что он принял таблетку лекарственного вещества непосредственно перед приемом у стоматолога.

Дата _____ 20 ____ г. Подпись _____

Я _____ (ФИО)

Доверяю посещение стоматологической поликлиники для лечения и подачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство от моего имени совместно с _____
