

## Карта опроса больного перед оказанием стоматологических услуг

1. Имеются ли у Вас аллергия на медикаменты (анестезия) ,резкие запахи, продукты питания (мед, прополис, спирт) бытовую химию.

---

2. Состоите ли Вы на учете с заболеванием: ВИЧ-инфекция, туберкулез, венерическими заболеваниями, инфекционным гепатитом.

---

3. Как Вы переносите обезболивание при удалении зубов (хорошо, плохо). Указать осложнения: \_\_\_\_\_

---

4. Переносили ли Вы ранее инфаркт миокарда, инсульт (да, нет). Если да, в каком году?

---

5. Страдаете ли Вы ниже перечисленными заболеваниями (да, нет). Если да, то укажите какими:

Сердечно-сосудистые, эндокринные, крови, онкологические, болезни легких, печени, почек, эпилепсией, гайморитом, желудочно-кишечными заболеваниями.

6. Имеется ли у Вас кровоточивость десен при чистке зубов (да, нет).

Наблюдались ли у Вас склонность к кровотечениям или кровоизлияниям (синяки), в том числе при удалении зубов (да, нет).

7. Есть ли у Вас какие-либо заболевания, состояния или проблемы, не указанные Выше, о которых, по Вашему мнению нужно сообщить врачу (да, нет). Если да, то какие?

---

Ваши ответы необходимы только для наших записей и будут считаться конфиденциальными.