First Flight Health Centers™

МЕДИЦИНСКИЙ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Имя, фамилия пациента: _____ ДР: _____ Пол: ____ Имя, фамилия врача _____

Когда Вы последний раз проходили медосмотр? _____

У вас есть все необходимые на данный момент прививки? ☐ Да ☐ Нет

Вы сейчас находитесь под наблюдением врача? ☐ Да ☐ Нет

Если "да", то по какой причине? _____

Принимаете ли вы в настоящее время какие-либо лекарства/капсулы/таблетки? ☐ Да ☐ Нет Перечислите: _____

_____

У вас есть аллергия (или нежелательная реакция) на перечисленные препараты?
☐ Пенициллин ☐ Кодеин ☐ Местные обезболивающие ☐ Аспирин ☐ Нет
☐ Другой ☐ Другой антибиотик Опишите: _____

У вас есть повышенная чувствительность к латексу или аллергия на него? (например, зуд, сыпь или свистящее дыхание после использования латексных перчаток или контакта с воздушным шариком)
☐ Да ☐ Нет Если да, объясните: _____

Были ли у Вас необычные или необъяснимые реакции во время хирургической операции? ☐ Да ☐ Нет
Если да, объясните: _____

У Вас есть или было ранее что-либо из нижеперечисленного: (Да или Нет)

Да	Нет		Да	Нет		Да	Нет	
☐	☐	Аномальное артериальное давление	☐	☐	Эпилепсия	☐	☐	Остеопороз
☐	☐	Алкогольная зависимость	☐	☐	Обморок	☐	☐	Длительное кровотечение
☐	☐	Анемия	☐	☐	Глаукома	☐	☐	Эндопротезы
☐	☐	Анорексия	☐	☐	Нарушение слуха	☐	☐	Психиатрическое лечение
☐	☐	Артрит/ревматизм	☐	☐	Заболевание сердца/операция на сердце	☐	☐	Лучевая терапия
☐	☐	Искусственный клапан сердца	☐	☐	Шум в сердце	☐	☐	Удаление селезенки
☐	☐	Искусственный сустав	☐	☐	Кардиостимулятор	☐	☐	Ревматическая лихорадка
☐	☐	Астма	☐	☐	Гемофилия	☐	☐	Ревматический порок сердца
☐	☐	Булимия	☐	☐	Гепатиты ☐A ☐B ☐C	☐	☐	Серповидноклеточная анемия
☐	☐	Онкологическое заболевание	☐	☐	ВИЧ/СПИД	☐	☐	Синусит
☐	☐	Химическая зависимость	☐	☐	Заболевания почек	☐	☐	Инсульт
☐	☐	Химиотерапия	☐	☐	Нарушение обучаемости	☐	☐	Заболевания щитовидной железы
☐	☐	Врождённый порок сердца	☐	☐	Заболевание печени	☐	☐	Туберкулез
☐	☐	Лечение кортизоном	☐	☐	Заболевание легких	☐	☐	Новообразования
☐	☐	Диабет	☐	☐	Пролапс митрального клапана	☐	☐	Язвы
☐	☐	Употребление психоактивных веществ	☐	☐	Неврологические заболевания	☐	☐	Венерическое заболевание
☐	☐	Эмфизема	☐	☐	Пересадка органа	☐	☐	Вы сжимаете зубы или скрипите зубами
☐	☐	У Вас есть заболевание ВНЧС	☐	☐	У Вас частые головные боли	☐	☐	
☐	☐	У Вас были когда-либо продолжительные кровотечения после экстракции						

У Вас было какое-либо другое серьезное заболевание, госпитализация или несчастный случай? ☐ Да ☐ Нет

Если да, объясните: _____

Вы в настоящее время курите или пользуетесь нижеперечисленными табачными изделиями?
☐ Сигареты ☐ Сигары ☐ Трубка ☐ Жевательный табак ☐ Нет

Вы пользовались табачными изделиями в прошлом? ☐ Да ☐ Нет Если да, то насколько давно? _____

ЖЕНЩИНЫ: Вы беременны? ☐ Да ☐ Нет Вы кормите грудью? ☐ Да ☐ Нет

Пациент/родитель/опекун: _____ Дата: _____

Отношение к пациенту: _____

Стоматолог: _____ Дата: _____