** АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА-РЕБЕНКА**

**Дорогие родители!**

**Просим уделить немного времени заполнению этой Анкеты о состоянии здоровья Вашего ребенка. Предоставленная Вами информация крайне важна для индивидуального подбора лекарственных препаратов и безопасного стоматологического лечения Вашего ребенка.**

**Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Состоит ли ребенок под наблюдением врача по поводу какого-либо хронического заболевания?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Страдает ли ребенок болезнями сердца, сосудов? Если да, какими\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Укажите нормальные (рабочие) цифры артериального давления ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Бывают ли подъемы артериального давления? До каких цифр? С чем это связано (волнение, физическая нагрузка)?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Бывают ли у ребенка головокружение, потеря сознания, падение артериального давления? При посещении стоматолога?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Страдает ли ребенок заболеваниями органов дыхательной системы (хроническим бронхитом, тонзиллитом, бронхиальной астмой, хроническим гайморитом)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Страдает ли ребенок заболеваниями эндокринной системы (сахарный диабет)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Страдает ли ребенок заболеваниями почек (хронической почечной недостаточностью)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Страдает ли ребенок заболеваниями системы крови, нарушением свертываемости крови?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Страдает ли ребенок заболеваниями нервной системы (эпилепсией)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Бывают ли у ребенка аллергические реакции? Если да, то на что бывает аллергия?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Как она проявляется (покраснение, зуд, отек, слезотечение, анафилактический шок и др.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Какие операции под общим или местным обезболиванием ребенок перенес?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Были ли у ребенка травмы (особенно в челюстно-лицевой области)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Бывают ли у ребенка проявления герпетической инфекции (простуды) на губах? В полости рта?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Принимает ли Ваш ребенок в настоящее время какие-либо лекарственные препараты? Если да, то какие?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Замечаете ли Вы у ребенка чрезмерное смыкание зубов во время сна, скрежетание зубами?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Имеется ли у Вашего ребенка опыт стоматологического лечения?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Если да, то какой?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

18. Дополнительно о состоянии здоровья моего ребенка хочу сообщить следующее\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О законного представителя пациента-ребенка)

правдиво ответил на все вопросы Анкеты и осведомлен, что сведения о изменении состоянии здоровья моего ребенка необходимо своевременно сообщать лечащему врачу.

Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_г. /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (расшифровка)