

## АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ РЕБЁНКА

**МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ**

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата Рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО законного представителя ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кем приходится\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цель обследования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Как вы оцениваете состояние здоровья Вашего ребенка

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Отличное [ ]  | Хорошее [ ]  | Нормальное [ ]  | Плохое [ ]  |

Когда было последнее посещение врача –стоматолога, какие манипуляции делали ребенку?
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Имеется ли реакция на:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Аспирин, ибупрофен, парацетамол[ ] Пенициллин[ ] Эритромицин[ ] Тетрациклин[ ] Местные анестетики | [ ] Фториды[ ] Металлы (никель, золото, серебро)[ ] Сульфанилимидные препараты[ ] Латекес[ ] Другое, что именно? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ**

Как протекала беременность? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Поздний токсикоз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания во время беременности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На каком сроке родился ребенок? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На каком вскармливании находился ребенок? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

До какого возраста было грудное вскармливание? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Были ли ночные кормления? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вредные привычки ребенка (сосание пустышки, пальца, одеяла, спит с открытым ртом, грызет ногти, другое): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Когда прорезались зубы у ребенка? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С какого возраста чистите зубы ребенку? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ДА | НЕТ |
| Проводилось ли стоматологическое лечение? |[ ] [ ]
| Использовалась ли местная анестезия?  |[ ] [ ]
| Использовалась ли общая анестезия, наркоз, седация? |[ ] [ ]
| Госпитализация по случаю болезни или травмы:  |[ ] [ ]
| Перенесенные инфекционные заболевания:  |[ ] [ ]
| Заболевания Сердца:  | [ ]  |[ ]
| Бывают ли у ребенка головокружения, потеря сознания?  |[ ] [ ]
| Бывают ли у ребенка длительные головокружения?  |[ ] [ ]
| Заболевания сосудов:  |[ ] [ ]
| Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка и т. д. при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов? |[ ] [ ]
| Заболевания крови: |[ ] [ ]
| Заболевания печени:  |[ ] [ ]
| Заболевания почек:  |[ ] [ ]
| Сахарный диабет:  |[ ] [ ]
| Были ли у Вашего ребенка язвы в полости рта?  |[ ] [ ]
| Травмы:  |[ ] [ ]
| Операции:  |[ ] [ ]
| Врожденные аномалии:  |[ ] [ ]
| Принимает ли Ваш ребенок какие-либо лекарственные препараты?  |[ ] [ ]
| Состоит ли Ваш ребенок на учете у какого-либо врача?  |[ ] [ ]
| Черты РАС, задержка речевого развития и\или психического развития: |[ ] [ ]
| Аутоиммунные генетические заболевания:  |[ ] [ ]

**ЗАПИШИТЕ ЛЮБУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ВАШЕГО РЕБЕНКА, КОТОРУЮ СЧИТАЕТЕ ВАЖНОЙ:**

**СПИСОК МЕДИКАМЕНТОВ, ПРЕПАРАТОВ, ВИТАМИНОВ, ДОБАВОК, КОТОРЫЕ ПРИНИМАЕТ ВАШ РЕБЕНОК**

|  |  |
| --- | --- |
| Название лекарства | Цель приема |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Дата заполнения анкеты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 расшифровка

Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_