

## 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_