

WYWIAD MEDYCZNY

Imię i nazwisko pacjenta _____ Używane imię _____ Wiek _____

Imię i nazwisko/specjalność lekarza _____

Ostatnie badanie lekarskie _____ Cel _____

Jak Pan/-i ocenia ogólny stan swojego zdrowia? Doskonały Dobry Średni Słaby

CZY KIEDYKOLWIEK WYSTĘPUJĄ lub WYSTĘPOWAŁY

U PANA/-I NASTĘPUJĄCE STANY:

- | | TAK | NIE | | TAK | NIE |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. hospitalizacja z powodu choroby lub urazu _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. zapalenie stawów _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. reakcja alergiczna na: | | | 28. schorzenie autoimmunologiczne _____
(i.e. np. reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń, twardzina skóry) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> aspirynę, ibuprofen, acetaminofen, kodeinę | | | 29. jaskra _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> penicylinę | | | 30. soczewki kontaktowe _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> erytromycynę | | | 31. urazy głowy lub szyi _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> tetracyklinę | | | 32. epilepsja, drgawki _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> sulfonamidy | | | 33. zaburzenia neurologiczne (ADD/ADHD, choroba prionowa) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> znieczulenie miejscowe | | | 34. infekcja wirusowa lub opryszczka _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> fluor | | | 35. jakiegokolwiek guzy lub opuchlizna jamy ustnej _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> metale (nikiel, złoto, srebro, _____) | | | 36. pokrzywka, wysypka skórna, gorączka sienna _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> lateks | | | 37. STI / STD / HPV _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> inne _____ | | | 38. zapalenie wątroby (typ _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. problemy z sercem lub stent w ciągu ostatnich sześciu miesięcy _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39. HIV / AIDS _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. infekcyjne zapalenie wsierdzia _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40. nowotwór, nienormalny guz _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. sztuczna zastawka, naprawa defektu serca (PFO – przetwały otwór owalny) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41. radioterapia _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. wszczepienie rozrusznika lub defibrylatora _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. chemioterapia, leki immunosupresyjne _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. implant ortopedyczny (wymiana stawu) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43. zaburzenia emocjonalne _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. gorączka reumatyczna lub szkarlatyna _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 44. leczenie psychiatryczne _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. wysokie lub niskie ciśnienie _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 45. leki przeciwdepresyjne _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. udar (przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 46. spożywanie alkoholu lub narkotyków _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. anemia lub inne zaburzenia krwi _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CZY: | | |
| 12. długotrwałe krwawienie spowodowane lekkim przecięciem (INR > 3,5) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 47. aktualnie leczy się Pan/-i z powodu jakiegokolwiek innego schorzenia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. rozedma płuc, zadyszka, sarkoidoza _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 48. w ciągu ostatnich 24 godzin nastąpiła zmiana w Pana/-i stanie zdrowia
(np. gorączka, dreszcze, kaszel lub biegunka) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. gruźlica, odra, ospa wietrzna _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 49. przyjmuje Pan/-i leki kontrolujące wagę _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. astma _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 50. przyjmuje suplementy dietetyczne _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. problemy z oddychaniem lub ze snem (np. bezdech, chrapanie, zatoki) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 51. często odczuwa Pan/-i zmęczenie _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. schorzenia nerek _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 52. ma Pan/-i częste bóle głowy _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. schorzenia wątroby _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 53. pali lub palił/-a Pan/-i papierosy lub używa tytoniu do żucia _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. żółtaczka _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 54. jest Pan/-i uznawany/-a za osobę drażliwą/wrażliwą _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. tarczycza, schorzenia przytarczyc lub niedobór wapnia _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 55. często odczuwa Pan/-i smutek lub przygnębienie _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. niedobór hormonalny _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 56. KOBIETY – czy przyjmuje Pan/-i pigułki antykoncepcyjne _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. wysoki poziom cholesterolu lub przyjmowanie leków statynowych _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 57. KOBIETY – czy jest Pani w ciąży _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. cukrzyca (HbA1c = _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 58. MĘŻCZYŹNI – czy występuje u Pana schorzenie prostaty _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. wrzód żołądka lub dwunastnicy _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 25. zaburzenia trawienia (np. celiakia, refluks) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 26. osteoporoza/osteopenia (np. zażywanie bifosfonatów) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Proszę opisać wszelkie odbywane aktualnie terapie medyczne, planowane zabiegi chirurgiczne, zaburzenia genetyczne/opóźnienie w rozwoju lub inne terapie, które potencjalnie mogą wpłynąć na leczenie stomatologiczne. (np. wstrzyknięcie botoksu, kolagenu)

Proszę wymienić wszystkie leki, suplementy i witaminy przyjmowane w ciągu ostatnich dwóch lat.

Lek	Cel	Lek	Cel
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

PROSIMY POINFORMOWAĆ NAS W PRZYSZŁOŚCI O WSZYSTKICH ZMIANACH W WYWIADZIE MEDYCZNYM ORAZ PRZYJMOWANYCH LEKACH.

Podpis pacjenta _____ Data _____

Podpis lekarza _____ Data _____

ASA (1-6)

