

# МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ

Имя и фамилия пациента \_\_\_\_\_ Как к Вам обращаться \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_  
Фамилия и специальность врача \_\_\_\_\_  
Последний медицинский осмотр \_\_\_\_\_ Назначение \_\_\_\_\_  
Как вы оцениваете состояние своего здоровья в целом? Отличное Хорошее Среднее Плохое

## У ВАС ЕСТЬ сейчас или БЫЛИ в прошлом:

ДА НЕТ

ДА НЕТ

1. госпитализация в результате заболевания или травмы \_\_\_\_\_
2. аллергическая реакция на  
аспирин, ибупрофен, ацетаминофен, кодеин  
пенициллин  
эритромицин  
тетрациклин  
сульфаниламиды  
анестетик местного действия  
фтор  
металлы (никель, золото, серебро, \_\_\_\_\_)  
латекс  
другое \_\_\_\_\_
3. проблемы с сердцем или установка кардио-стента в последние шесть месяцев
4. инфекционный эндокардит \_\_\_\_\_
5. искусственный клапан сердца, пластика порока сердца (открытое овальное окно)
6. кардиостимулятор или имплантируемый дефибриллятор
7. ортопедический имплантат (замена сустава) \_\_\_\_\_
8. ревматизм или скарлатина \_\_\_\_\_
9. повышенное или пониженное артериальное давление \_\_\_\_\_
10. инсульт (принимаете антикоагулянты) \_\_\_\_\_
11. анемия или другое заболевание крови \_\_\_\_\_
12. длительное кровотечение в результате небольшого пореза (МНО > 3,5)
13. эмфизема, одышка, саркоидоз \_\_\_\_\_
14. туберкулез, корь, ветрянка \_\_\_\_\_
15. астма \_\_\_\_\_
16. проблемы с дыханием или сном (т. е. апноэ во сне, храп, гайморита пазуха)
17. заболевание почек \_\_\_\_\_
18. заболевание печени \_\_\_\_\_
19. желтуха \_\_\_\_\_
20. болезнь щитовидной, паразитовидной железы или недостаток кальция
21. гормональная недостаточность \_\_\_\_\_
22. повышенный холестерин или прием препаратов, снижающих холестерин \_\_\_\_\_
23. диабет (HbA1c = \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
24. язва желудка или двенадцатиперстной кишки \_\_\_\_\_
25. расстройства пищеварения (т. е. целиакия, желудочный рефлюкс)
26. остеопороз/остеопения (т. е. принимаете бисфосфонаты)

27. артрит \_\_\_\_\_
28. аутоиммунное заболевание \_\_\_\_\_  
(т. е. ревматоидный артрит, волчанка, склеродермия)
29. глаукома \_\_\_\_\_
30. контактные линзы \_\_\_\_\_
31. травмы головы или шеи \_\_\_\_\_
32. эпилепсия, конвульсии (приступы) \_\_\_\_\_
33. неврологические расстройства (синдром дефицита внимания, синдром гиперактивности с дефицитом внимания, прионная болезнь)
34. вирусные инфекции и герпес \_\_\_\_\_
35. любые образования или припухлости во рту \_\_\_\_\_
36. крапивница, кожная сыпь, скарлатина \_\_\_\_\_
37. Венерические заболевания/папилломавирус человека \_\_\_\_\_
38. гепатит (тип \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
39. ВИЧ/СПИД \_\_\_\_\_
40. опухоль, патологические образования \_\_\_\_\_
41. лучевая терапия \_\_\_\_\_
42. химиотерапия, иммуносупрессивные препараты \_\_\_\_\_
43. эмоциональные проблемы \_\_\_\_\_
44. психиатрическое лечение \_\_\_\_\_
45. антидепрессанты \_\_\_\_\_
46. прием алкоголя/периодический прием наркотиков (для развлечения)

## Вы:

47. в настоящее время лечитесь от какого-либо другого заболевания
48. чувствуете изменения в состоянии вашего здоровья за последние 24 часа (т. е. температура, озноб, новый кашель или понос) \_\_\_\_\_
49. принимаете лекарственные препараты для контроля веса
50. принимаете пищевые добавки \_\_\_\_\_
51. часто испытываете утомление или изнеможение \_\_\_\_\_
52. часто страдаете головной болью \_\_\_\_\_
53. курите, курили в прошлом или используете табак в иной форме \_\_\_\_\_
54. считаетесь обидчивым/чувствительным человеком \_\_\_\_\_
55. часто чувствуете себя несчастным или подавленным \_\_\_\_\_
56. ЖЕНЩИНА – принимаете противозачаточные таблетки
57. ЖЕНЩИНА – беременны \_\_\_\_\_
58. МУЖЧИНА – заболевания простаты \_\_\_\_\_

Опишите, какое медицинское лечение вы получаете в настоящий момент, предстоящие хирургические операции, генетические задержки/задержки в развитии или другие виды лечения, которые могут повлиять на ваше стоматологическое лечение. (т. е. инъекции «Ботокса», коллагена)

Укажите все лекарственные препараты, добавки и витамины, которые вы принимали в течение последних двух лет.

Лекарственный препарат	Назначение	Лекарственный препарат	Назначение
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**ОБЯЗАТЕЛЬНО В ДАЛЬНЕЙШЕМ СООБЩАЙТЕ НАМ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В ВАШЕЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ИЛИ ПРЕПАРАТАХ, КОТОРЫХ ВЫ ПРИНИМАЕТЕ.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

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

ASA \_\_\_\_\_ (1-6)