

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όνομα ασθενή _____ Υποκοριστικό _____ Ηλικία _____

Όνομα ιατρού και η ειδικότητά του _____

Πιο πρόσφατη ιατρική εξέταση _____ Αιτία _____

Ποια είναι η εκτιμησή σας για την υγεία σας; Τέλεια Καλή Λιγότερο καλή Κακή

Έχετε η είχατε ποτέ

	ΝΑΙ	ΟΧΙ		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Εισαγωγή στο νοσοκομείο για αρρώστεια ή τραυματισμό; _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Αρθρίτιδα _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Αλλεργική αντίδραση σε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Αυτοάνοσα νοσήματα _____ (ρευματοειδή αρθρίτιδα, λύκος, σκληροδερμία)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ασπιρίνη, ιβουπροφαίνη, κωδεΐνη, ακεταμινοφαΐνη			29. Γλαύκωμα _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Πενικιλίνη			30. Φακοί επαφής _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ερυθρομυκίνη			31. Τραυματισμοί στο κεφάλι ή στο λαιμό _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Τετρακυκλίνη			32. Επιληψία, σπασμούς (επιληπτικές κρίσεις) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Σουλφώνιο			33. Νευρολογικές διαταραχές _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Τοπικό αναισθητικό			34. Μικροβιακές μολύνσεις και στοματικά έλκη _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Φθόριο			35. Εξόγκωμα η πρήξιμο στο στόμα _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Μέταλλα (νικέλιο, χρυσό, ασήμι, _____)			36. Κνίδωση, δερματικό εξάνθημα, αλλεργική ρινίτιδα _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> latex			37. Κονδυλώματα/HPV _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Άλλο _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Ηπατίτιδα (τύπος ...) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Καρδιακά προβλήματα ή μπαλονάκι τους τελευταίους 6 μήνες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. HIV / AIDS _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ιστορικό μικροβιακής ενδοκαρδίτιδας _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Όγκος, παθολογική ανάπτυξη _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Τεχνητή καρδιακή βαλβίδα, θεραπεία καρδιακής ανεπάρκειας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Ραδιοθεραπεία _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Βηματοδότη ή εμφυτεύσιμο απινιδωτή _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. Χημειοθεραπεία, ανοσοκατασταλτική αγωγή _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ορθοπεδικό εμφύτευμα (αντικατάσταση άρθρωσης)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. Συναισθηματικές διαταραχές _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ρευματικό πυρετό ή οστρακιά; _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. Ψυχιατρική θεραπεία _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Υψηλή ή χαμηλή πίεση _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. Αντικαταθλυπτική αγωγή _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Έμφραγμα ή άλλη ασθένεια _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. Οντονευματώδη/ χρήση ουσιών _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Αναμία ή άλλη ασθένεια αίματος; _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Είστε:		
12. Παρατεταμένη αιμοραγία μετά από τραυματισμό ή κόψιμο (INR >3.5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. Αυτή τη στιγμή λαμβάνετε θεραπεία για κάποια άλλη νόσο; _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Εμφύσημα, δυσκολία αναπνοής, σαρκοειδωση; _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. Γνωρίζετε αν έγινε κάποια αλλαγή στην υγεία σας τις τελευταίες 24 ώρες; (Πυρετός, ρίγη, κρυολόγημα, διάρροια) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Φυματίωση, ιλαρά, ανεμοβλογιά _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49. management Λαμβάνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή για τη μείωση του βάρους σας; _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Άσθμα _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50. Παίρνετε συμπληρώματα διατροφής; _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Προβλήματα στην αναπνοή ή προβλήματα στον ύπνο (ιγμορίτιδα, ροχαλητό, άπνοια ύπνου) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51. Αισθάνεστε συχνά κουρασμένος ή ταλαιπωρημένος; _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Νεφρικά προβλήματα _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52. Έχετε συχνά πονοκέφαλο ή ημικρανία; _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Προβλήματα στο ύπαρ (συκώτι) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53. Είστε καπνιστής, καπνίζατε στο παρελθόν ή χρησιμοποιήτε τσιγάρα χωρίς καπνό; _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Χολή _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54. Θεωρείτε ευαίσθητο ή ευαίστατο άτομο; _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Θυροειδής, ασθένειες παραθυροειδή, έλλειψη ασβεστίου _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55. Είστε συχνά στεναχωρημένος ή δυστυχισμένος; _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Έλλειψη ορμονών _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56. Λαμβάνετε αντισυλληπτικά; _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Αυξημένη χοληστερόλη ή φαρμακευτική αγωγή με στατίνες _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57. Εγκυμοσύνη _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Διαβήτης (HbA1c = _____) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58. Δυσλειτουργία του προστάτη _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Έλκος ή πεπτικά προβλήματα _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
25. Πέπτικες διαταραχές (γαστρική παλινδρόμηση) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
26. Οστεοπόρωση /οστεοπενία (παίρνετε διφωσφονικά); _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Περιγράψτε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία, επικείμενη εγχείρηση, γενετική/αναπτυξιακή καθυστέρηση ή οποιαδήποτε άλλη θεραπεία που θα μπορούσε να επηρεάσει την οδοντιατρική σας θεραπεία. (Botox, Ενέσεις κολαγόνου)

Λίστα όλων των φαρμάκων, συμπληρώματα διατροφής και βιταμινών που πήρατε τα τελευταία 2 χρόνια.

Φάρμακο	Αιτία	Φάρμακο	Αιτία
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΝΑ ΜΑΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΕΤΕ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΓΙΑ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΑΣ Η ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΦΑΡΜΑΚΟ ΠΕΡΝΑΙΤΕ.

Υπογραφή ασθενή _____ Ημερομηνία _____

Υπογραφή ιατρού _____ Ημερομηνία _____

