

**Анкета о состоянии здоровья ребенка (заполняется родителями (родственниками) ребенка до 14 лет)**

**Убедительно просим Вас ответить на вопросы анкеты о состоянии здоровья ребенка с целью индивидуального подбора лекарственных препаратов. Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами не будут доступны посторонним лицам.**

1. Когда ребенок в последний раз был у стоматолога? \_\_\_\_\_
  2. Состоит ли ребенок под наблюдением у врача по поводу какого-либо хронического заболевания? \_\_\_\_\_
  3. Страдает ли ребенок болезнями сердца, сосудов? \_\_\_\_\_
  4. Укажите нормальные (рабочие) цифры артериального давления ребенка \_\_\_\_\_
  5. Бывают ли подъемы артериального давления? До каких цифр? С чем это связано (волнение, физическая нагрузка)? \_\_\_\_\_
  6. Бывают ли у ребенка головокружения, потеря сознания, падение артериального давления при посещении стоматолога, травме, виде крови, при введении каких-либо лекарств? \_\_\_\_\_
  7. Бывают ли у ребенка проявления аллергии? Как это проявляется на лекарственные препараты (указать какие) \_\_\_\_\_ на предметы бытовой химии, хлорсодержащие средства \_\_\_\_\_ на пищевые продукты, шерсть животных \_\_\_\_\_ укажите, в чем проявляются эти аллергические реакции \_\_\_\_\_
  8. Страдает ли ребенок:  
хроническим бронхитом \_\_\_\_\_  
бронхиальной астмой \_\_\_\_\_
  9. Страдает ли ребенок сахарным диабетом?  
Заболевания щитовидной железы \_\_\_\_\_
  10. Болел ли ребенок вирусным гепатитом (желтухой)?
  11. Страдает ли ребенок  
заболеваниями почек \_\_\_\_\_  
хронической почечной недостаточностью \_\_\_\_\_
  12. Страдает ли ребенок эпилепсией? \_\_\_\_\_
  13. Страдает ли ребенок хроническим гайморитом или тонзиллитом? \_\_\_\_\_
  14. Какие операции под общим или местным обезболиванием ребенок перенес?
  15. Были ли у ребенка травмы (особенно в челюстно-лицевой области)? \_\_\_\_\_
  16. Бывают ли у ребенка проявления герпетической инфекции (простуды) на губах? В полости рта? \_\_\_\_\_
  17. Страдает ли ребенок  
заболеваниями системы крови? \_\_\_\_\_  
нарушением свертываемости крови? \_\_\_\_\_
  18. Замечаете ли Вы у ребенка чрезмерное смыкание зубов во время сна, скрежетание зубами? \_\_\_\_\_
- Я искренне ответил на вопросы анкеты, но еще хочу дополнительно сообщить о состоянии здоровья ребенка: \_\_\_\_\_
- 
- 

Мне известно, что я обязательно должен сообщить врачу о том, что ребенок принимает какие-либо лекарства постоянно, или, что он принял таблетку лекарственного вещества непосредственно перед приемом у стоматолога.

Дата \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_