

**Сведения о состоянии здоровья**

**Имя, фамилия пациента** \_\_\_\_\_ **Дата рождения** \_\_\_\_\_

Находитесь ли Вы под присмотром врача? Да Нет объясните \_\_\_\_\_  
 Были ли Вы госпитализированы или имели серьезную операцию? Да Нет объясните \_\_\_\_\_  
 Был ли у Вас серьезный ушиб головы или шеи? Да Нет объясните \_\_\_\_\_  
 Принимаете ли Вы таблетки, наркотики или лекарства? Да Нет объясните \_\_\_\_\_  
 Принимаете/принимали ли Вы Phen-Fen или Redux? Да Нет \_\_\_\_\_  
 Принимали ли Вы когда либо Fosamax, Boniva, Actonel или другие лекарства, в которых присутствуют бисфосфонаты? Да Нет \_\_\_\_\_  
 Находитесь ли Вы на диете? Да Нет \_\_\_\_\_  
 Курите ли Вы? Да Нет \_\_\_\_\_  
 Принимаете ли Вы контролируемые вещества? Да Нет \_\_\_\_\_

**Вопросы для женщин:**

Беременны/пытаетесь ли Вы забеременеть? Да Нет \_\_\_\_\_  
 Принимаете ли Вы противозачаточные таблетки? Да Нет \_\_\_\_\_  
 Кормите ли Вы грудью? Да Нет \_\_\_\_\_

**Есть ли у Вас аллергия на следующее:**

Аспирин  Пенициллин  Кодеин  Местные обезбаливающие  Акрил  Металл  Латекс  Лекарственный сульфамидный препарат  
 Другое объясните \_\_\_\_\_

**Наблюдаются или наблюдались ли у Вас следующие заболевания/симптомы**

СПИД/ВИЧ	Да Нет	Препарат Кортизон	Да Нет	Гемофилия(кровоточивость)	Да Нет	Радиологическое лечение	Да Нет
Болезнь Альцгеймера	Да Нет	Диабет	Да Нет	Гепатит А	Да Нет	Недавняя потеря веса	Да Нет
Анафилаксия (аллергическая реакция немедленного типа)	Да Нет	Наркомания	Да Нет	Гепатит В или С	Да Нет	Почечный диализ	Да Нет
Анемия	Да Нет			Герпес	Да Нет	Ревматическая атака	Да Нет
Стенокардия	Да Нет	Эмфизема(растяжение органа или ткани воздухом)	Да Нет	Высокое давление	Да Нет	Ревматизм	Да Нет
Артрит/подагра	Да Нет	Эпилепсия	Да Нет	Высокий уровень холестерина	Да Нет	Скарлатина	Да Нет
Искусственный сердечный клапан	Да Нет	Кровотечения	Да Нет	Крапивница/сыпь	Да Нет	Опоясывающий лишай	Да Нет
Искусственный сустав	Да Нет	Чрезмерная жажда	Да Нет	Нерегулярный ритм сердца	Да Нет	Серповидно-клеточная болезнь	Да Нет
Астма	Да Нет	Головокружения	Да Нет	Заболевания почек	Да Нет	Заболевание пазухи	Да Нет
Заболевания крови	Да Нет	Частый кашель	Да Нет	Лейкемия	Да Нет	Расщелина позвоночника	Да Нет
Переливание крови	Да Нет	Частая диарея	Да Нет	Заболевание печени	Да Нет	Заболевание желудка	Да Нет
Проблемы с дыханием	Да Нет	Частые головные боли	Да Нет	Низкое давление	Да Нет	Инсульт	Да Нет
Частое образование синяков	Да Нет	Половой герпес	Да Нет	Заболевание легких	Да Нет	Опухлость конечностей	Да Нет
Онкологические заболевания	Да Нет	Глаукома	Да Нет	Пролабирование створок митрального клапана	Да Нет	Болезнь щитовидной железы	Да Нет
Химиотерапия	Да Нет	Сенная лихорадка	Да Нет	Остеопороз	Да Нет	Тонзиллит	Да Нет
Боли в груди	Да Нет	Сердечный приступ	Да Нет	Боль в челюстном суставе	Да Нет	Туберкулез	Да Нет
Герпес/лихорадка	Да Нет	Шумы в сердце	Да Нет	Заболевание околощитовидной железы	Да Нет	Опухоли или новообразования	Да Нет
Врожденное заболевание сердца	Да Нет	Пейсмейкер(водитель ритма сердца)	Да Нет	Психиатрическое обслуживание	Да Нет	Язва	Да Нет
Конвульсии	Да Нет	Заболевание сердца	Да Нет			Венерические заболевания	Да Нет
						Желтуха	Да Нет

Наблюдались ли у Вас другие серьезные заболевания НЕ перечисленные выше Да Нет \_\_\_\_\_

Комментарии \_\_\_\_\_

По мере возможности Я ответил/ла на все вопросы полностью и точно. Я понимаю, что неправильно указанная информация может поставить под угрозу мое здоровье/здоровье пациента. Это моя обязанность сообщать врачу о любых изменениях в состоянии здоровья.

**Подпись пациента, одного из родителей или опекуна** \_\_\_\_\_ **Дата** \_\_\_\_\_