 **QUESTIONARIO ANAMNESTICO ODONTOIATRICO**

COGNOME………………………………………………..NOME …………………………… DATA …………….

INDIRIZZO……………………………………………………………………..… TEL.…………..…………..……….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avete avuto ricoveri in ospedale? | SI | NO |
| Se SI quali?................................................................................................... |  |  |
| Soffrite di malattie di cuore? | SI | NO |
| Se SI quali?.............................................................. |  |  |
| Soffrite di pressione alta? | SI | NO |
| Quando salite le scale vi fermate perché vi manca il respiro? | SI | NO |
| Avete dolore al torace sotto sforzo? | SI | NO |
| Avete malattie dei polmoni? | SI | NO |
| Se SI quali?.............................................................. |  |  |
| Soffre di sinusite o difficoltà respiratorie? | SI | NO |
| Russamento Notturno? | SI | NO |
| Soffre di asma? | SI | NO |
| Avete malattie dei reni? | SI | NO |
| Se SI quali?.............................................................. |  |  |
| Avete malattie del fegato? | SI | NO |
| Se SI quali?.............................................................. |  |  |
| Avete malattie del sangue? | SI | NO |
| Se SI quali?.............................................................. |  |  |
| Avete malattie emorragiche? | SI | NO |
| Se SI quali?.............................................................. |  |  |
| Avete malattie della tiroide? | SI | NO |
| Se SI quali?.............................................................. |  |  |
| Avete malattie dello stomaco? | SI | NO |
| Se SI quali?.............................................................. |  |  |
| Avete malattie nervose? | SI | NO |
| Se SI quali?.............................................................. |  |  |
| Soffre di attacchi convulsivi o di Epilessia? | SI | NO |
| Avete allergie? | SI | NO |
| Se SI quali?.............................................................. |  |  |
| Avete il diabete? | SI | NO |
| Avete bollicine, afte, ulcere orali? | SI | NO |
| State assumendo farmaci? | SI | NO |
| Se SI quali?.............................................................. |  |  |
| State assumendo o avete assunto bifosfonati per osteoporosi o patologie ossee | SI | NO |
| Siete in terapia con anticoagulanti? | SI | NO |
|  |  |  |
| Firma del paziente data |  |  |
| Siete sieropositivi al virus dell'AIDS ? | SI | NO |
| O al virus dell'epatite? | SI | NO |
| Siete in gravidanza? | SI | NO |
| Fumate? | SI | NO |
| Fate uso di alcolici? | SI | NO |
| Trasfusioni? | SI | NO |
| Avete ipertensione arteriosa? | SI | NO |
| Nelle precedenti cure dentistiche siete svenuti? | SI | NO |
| Nelle precedenti cure dentistiche avete sanguinato molto? | SI | NO |
| E' stato sottoposto a precedenti cure ortodontiche? | SI | NO |
| E' stato sottoposto a precedente chirurgia parodontale? | SI | NO |
| Le sue gengive sanguinano? | SI | NO |
| Spontaneamente? | SI | NO |
| O lavandosi i denti? | SI | NO |
| Ha particolare sensibilità? | SI | NO |
| Al caldo? | SI | NO |
| Al freddo? | SI | NO |
| A entrambi? | SI | NO |
| In quali zone ……………………………………………………………………………………………………… |  |  |
| I suoi denti vacillano? | SI | NO |
| Quali?................................................................................................................ |  |  |
| Ha tendenza a serrare i denti? | SI | NO |
| Di notte? | SI | NO |
| Anche di giorno? | SI | NO |
| Ha il vizio di mordersi il labbro? | SI | NO |
| Ha il vizio di mordere la penna? | SI | NO |
| Ha il vizio di mangiarsi le unghie? | SI | NO |
| Ha altre abitudini viziate? | SI | NO |
| Se SI quali?................................................................................................. |  |  |
| Frammenti di cibo residuano tre i suoi denti? | SI | NO |
| Ha la sensazione di avere l'alito non fresco? | SI | NO |
| E' importante per lei conservare i suoi denti? | SI | NO |
| Ha timore del dentista? | SI | NO |
| E' soddisfatto dell'aspetto estetico dei suoi denti? | SI | NO |
| Quando ha eseguito l'ultima visita presso un dentista? (Indicare l'anno)……………… |  |  |

Dichiaro di essere a conoscenza dei possibili rischi derivanti dai trattamenti a cui sarò sottoposto, presto pertanto il mio consenso alla terapia

Dichiaro di non avere allergie a farmaci anestetici o, quantomeno, di non esserne a conoscenza.

Presto pertanto il mio assenso all’uso dell’anestesia locale nel corso degli interventi e delle terapie odontoiatriche.Il corrispettivo per l’opera del medico e per i materiali occorrenti può essere convenuto previamente mediante richiesta di un preventivo, in mancanza del quale, dichiaro di accettare le tariffe dello studio.

Firma del paziente …………………………………………………… data ……………..