

Nome del paziente: _____ Codice identificativo del paziente: _____

Data di nascita: _____

I. CERCHIARE LA RISPOSTA ADATTA (lasciare in bianco se non si comprende la domanda)

- | | | | | | | |
|----|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------|
| 1. | Si | No | La sua salute in generale è buona? | | | |
| 2. | Si | No | Ha notato nessun cambiamento di salute nell'anno passato? | | | |
| 3. | Si | No | È stato ricoverato in ospedale o ha avuto qualche malattia seria negli ultimi tre anni? | | | |
| | | | Se SÌ, per quale ragione? _____ | | | |
| 4. | Si | No | È attualmente sotto cura da un dottore? Per cosa? _____ | | | |
| | | | Data dell'ultimo esame medico _____ | | | Data dell'ultimo esame dentistico _____ |
| 5. | Si | No | Ha mai avuto problemi in passato con trattamenti dentistici? | | | |
| 6. | Si | No | Soffre dei dolori in questo momento? | | | |

II. HA MAI SOFFERTO DI:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|------------------------------------------------|-----|----|----|--------------------------------------------|
| 7. | Si | No | Dolore al petto (angina)? | 18. | Si | No | Capogiro? |
| 8. | Si | No | Caviglie gonfie? | 19. | Si | No | Ronzio nelle orecchie? |
| 9. | Si | No | Mancanza di fiato? | 20. | Si | No | Mal di testa? |
| 10. | Si | No | Calo di peso recente, febbre, sudate notturne? | 21. | Si | No | Svenimenti? |
| 11. | Si | No | Tosse insistente, espettorazione di sangue? | 22. | Si | No | Offuscamento della vista? |
| 12. | Si | No | Problemi di emorragia, facilità di contusione? | 23. | Si | No | Accessi? |
| 13. | Si | No | Disfunzioni sinusali? | 24. | Si | No | Sete eccessiva? |
| 14. | Si | No | Difficoltà nell'inghiottire? | 25. | Si | No | Minzione frequente? |
| 15. | Si | No | Diarrea, stitichezza, sangue nelle feci? | 26. | Si | No | Bocca asciutta? |
| 16. | Si | No | Vomito frequente, nausea? | 27. | Si | No | Itterizia? |
| 17. | Si | No | Difficoltà di minzione, sangue nell'urina? | 28. | Si | No | Dolore alle articolazioni, indolenzimento? |

III. SOFFRE O HA SOFFERTO DI:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---------------------------------------------------------------|-----|----|----|-----------------------------------------|
| 29. | Si | No | Cardiopatie? | 40. | Si | No | AIDS? |
| 30. | Si | No | Attacchi o difetti cardiaci? | 41. | Si | No | Tumori, cancro? |
| 31. | Si | No | Soffi cardiaci? | 42. | Si | No | Artrite, reumatismi? |
| 32. | Si | No | Febbre reumatica? | 43. | Si | No | Malattia agli occhi? |
| 33. | Si | No | Colpo apoplettico, indurimento delle arterie? | 44. | Si | No | Malattie della pelle? |
| 34. | Si | No | Pressione alta? | 45. | Si | No | Anemia? |
| 35. | Si | No | Asma, TB, enfisema o altre malattie polmonari? | 46. | Si | No | Malattie veneree (sifilide o gonorrea)? |
| 36. | Si | No | Epatite o altre malattie del fegato? | 47. | Si | No | Erpete? |
| 37. | Si | No | Problemi gastrici, ulcere? | 48. | Si | No | Rene a Y, malattie della vescica? |
| 38. | Si | No | Allergie a: farmaci, alimenti, medicazioni, lattice? | 49. | Si | No | Tiroide, malattie surrenali? |
| 39. | Si | No | Ricorrenze in famiglia di diabete, problemi cardiaci, tumori? | 50. | Si | No | Diabete? |

IV. STA RICEVENDO O HA MAI RICEVUTO:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|------------------------------|-----|----|----|-------------------------|
| 51. | Si | No | Cure psichiatriche? | 56. | Si | No | Ricovero ospedaliero? |
| 52. | Si | No | Trattamenti con radiazioni? | 57. | Si | No | Trasfusioni di sangue? |
| 53. | Si | No | Chemioterapia? | 58. | Si | No | Operazioni chirurgiche? |
| 54. | Si | No | Valvola cardiaca prostatica? | 59. | Si | No | Pacemaker? |
| 55. | Si | No | Articolazioni artificiali? | 60. | Si | No | Lenti a contatto? |

V. STA USANDO:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|----|-------------------------------|
| 61. | Si | No | Droghe? | 63. | Si | No | Tabacchi di qualsiasi genere? |
| 62. | Si | No | Farmaci, medicazioni, esenti da ricetta medica (aspirina inclusa), rimedi naturali? | 64. | Si | No | Bevande alcoliche? |

Si prega di elencare: _____

VI. SOLO DONNE:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|-------------------------------------------------------------|-----|----|----|---------------------------------------|
| 65. | Si | No | È o potrebbe essere in stato interessante o sta allattando? | 66. | Si | No | Sta usando contraccettivi in pillola? |
|-----|----|----|-------------------------------------------------------------|-----|----|----|---------------------------------------|

VII. TUTTI I PAZIENTI:

- | | | | |
|-----|----|----|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 67. | Si | No | Ha mai sofferto di altre malattie o problemi di salute NON elencati in questo modulo? |
|-----|----|----|---------------------------------------------------------------------------------------|

Se sì, si prega di spiegare: _____

Per quanto a me noto, ho risposto a tutte le domande in modo completo e accurato. Informerò il dentista di qualsiasi cambiamento relativo alle mie condizioni di salute e/o trattamento medico.

Firma del paziente: _____ Data: _____

ESAME DI RICONVOCAZIONE:

1. Firma del paziente _____ Data: _____

2. Firma del paziente _____ Data: _____

3. Firma del paziente _____ Data: _____