

Imię i nazwisko: Data urodzenia.....

Nr PESEL:..... Wiek (lata i miesiące, np.:7lat 6m):

Imię i nazwisko, telefon dentysty do którego chodzi pacjent:___

Skąd dowiedziała się Pani/Pan o moim gabinecie? ___

Ile czasu potrzeba na dojazd do mojego gabinetu?___

Powód zgłoszenia się do ortodenty?___

Historia medyczna

Proszę szczegółowo odpowiedzieć na wszystkie pytania, aby pomóc w postawieniu diagnozy i ułożeniu planu leczenia.

Czy pacjent choruje na: Choroby serca? Tak , nie . Choroby sercowo naczyniowe? Tak , nie . Nadciśnienie krwi? Tak , nie . Krwawienie, zaburzenia krzepnięcia krwi? Tak , nie . Choroby nowotworowe? Tak , nie . Zaburzenia odżywiania? Tak , nie . Choroby układu odpornościowego? Tak , nie . Choroby neurologiczne? Tak , nie . Padaczka? Tak , nie . Zaburzenia hormonalne? Tak , nie . Cukrzyca? Tak , nie . Wady wrodzone? Tak , nie . Choroby dziedziczne? Tak , nie . Choroby reumatoidalne? Tak , nie . Choroby układu kostnego? Tak , nie . Choroby nerek? Tak , nie . Choroby wątroby? Tak , nie . Choroby psychiczne? Tak , nie . Depresja? Tak , nie . Czy w czasie ostatnich 3 lat była konsultacja psychiatryczna? Tak , nie .

Proszę opisać wyżej zakreślone choroby (pełne rozpoznanie, od kiedy, rodzaj leczenia):___

Przyjmowane leki:___

Pobyty w szpitalu i operacje. Z jakiego powodu?___

Astma? Tak , nie . Przyjmowane leki?___

Alergie? Tak , nie . Przyjmowane leki?___

Czy są problemy z żuciem pokarmów? Tak , nie . Czy są problemy z szerokim otwieraniem ust? Tak , nie .

Czy są problemy z zaciskaniem szczęk? Tak , nie . Kiedy?___

Czy są problemy ze stawem skroniowo żuchwowym? Tak , nie . Jakże?___

Czy w ostatnich miesiącach / latach* pojawiły się zmiany w wyglądzie twarzy? Tak , nie . Jakże?___

Czy były już konsultacje ortodontyczne? Tak , nie . Ile?___Jakie zalecenia?___

Czy było wcześniejsze leczenie ortodontyczne? Tak , nie . Proszę opisać kiedy, powód leczenia, na czym polegało, czas leczenia, przebieg. ___

Poród

Cesarskie cięcie . Poród naturalny . Poziom trudności od 1 (łatwy) do 5 (ciężki) ___ Poród wspomagany . Poród kleszczowy .

Uwagi: ___

Wczesne karmienie

Karmienie piersią? Tak , nie . Jak długo? _____ Karmienie butelką? Tak , nie . Jak długo? _____

W jakim wieku podano pierwszy nie płynny pokarm? _____

Czy ten pokarm był twardy? Tak , nie . Czy ten pokarm był miękki? Tak , nie .

W jakim wieku rozpoczęto karmienie łyżeczką? _____

Czy początki karmienia były trudne? Tak , nie . Reakcja dziecka: _____

Uwagi: _____

Nawyki

Ssanie kciuka? Tak , nie . Do kiedy? _____ Ssanie palca? Tak , nie . Do kiedy? _____

Ssanie smoczka? Tak , nie . Do kiedy? _____

Wędzidła

Krótkie wędzidło języka? Tak , nie . Interwencja chirurgiczna? Tak , nie . Kiedy? _____

Krótkie wędzidło wargi? Tak , nie . Interwencja chirurgiczna? Tak , nie . Kiedy? _____

Alergie

Alergiczny nieżyt nosa? Tak , nie . Od kiedy? _____ Do kiedy? _____ Czym spowodowany? _____

Ciężkość nieżyty nosa od 1 (umiarkowany) do 5 (ciężki): _____ Częstość nieżyty nosa od 1 (rzadkie) do 5 (częste): _____

Alergia / nietolerancja pokarmowa? Tak , nie . Od kiedy? _____ Do kiedy? _____ Na jakie składniki? _____

Oddychanie

Oddychanie przez usta? Tak , nie . Częstość od 1 (rzadko) do 5 (cały czas): _____

Zablokowany nos? Tak , nie . Sezonowo? Tak , nie . Jak mocno zablokowany? od 1 (umiarkowanie) do 5 (całkowicie): _____

Chrapanie? Tak , nie . Podejrzenie bezdechu sennego? Tak , nie . Czy wykonano badanie snu? Tak , nie . Jaki wynik? _____

Sen

Jakość snu od 1 (doskonały) do 5 (bardzo zły): _____ Częste chodzenie podczas snu? Tak , nie .

Częste koszmary senne? Tak , nie . Moczenie nocne? Tak , nie . Jak często? _____ Do kiedy? _____

Spanie z lekko / całkowicie* otwartą buzią? Tak , nie . Jak często? _____ Zgrzytanie zębami w nocy? Tak , nie .

Łatwe wstawanie rano? Tak , nie . Trudne wstawanie rano, z podkrążonymi oczami? Tak , nie .

Słuch

Zdiagnozowane problemy ze słuchem? Tak , nie . Jakie? _____

Zatkane uszy? Tak , nie . Chirurgiczne odbarczanie ucha? Tak , nie . Inne problemy? _____

Problemy laryngologiczne

Częste zapalenie migdałków? Tak , nie . Jak często? ____

Usunięte migdałki podniebienne? Tak , nie . Kiedy? ____

Usunięty migdałek gardłowy? Tak , nie . Kiedy? ____

Inne problemy laryngologiczne (zatoki, przegroda nosa, polipy, itp.)? ____

Problemy logopedyczne

Tak , nie . Jak? ____

Bóle głowy?

Tak , nie . Jak często? ____

Preferencje pokarmowe

Twarde pokarmy? Tak , nie . Miękkie pokarmy? Tak , nie .

Postawa

Proszę opisać postawę całego ciała: ____

Proszę opisać postawę ramion i głowy: ____

Otwarte usta

W jakich sytuacjach pacjent ma otwarte usta? Od 1 (bardzo rzadko) do 5 (prawie zawsze).

Gdy stoi: ____ Podczas chodzenia: ____ Gdy siedzi: ____ Podczas jazdy samochodem: ____

Podczas zabawy komórką/komputerem: ____ Podczas snu: ____

Dotyczy dzieci: Podczas odrabiania prac domowych: ____ Zabaw w domu: ____ Zabaw na dworze: ____

Inne

Czy podejrzewa się lub zdiagnozowano zaburzenia?

ADHD? Tak , nie . Uwagi: ____

Dysleksja? Tak , nie . Uwagi: ____

Zespół Aspergera? Tak , nie . Uwagi: ____

Zaburzenia koordynacji? Tak , nie . Jak? ____

Dotyczy pacjentów dorosłych

Jaki jest Pani/Pana wykonywany zawód? ____

Jak ocenia Pani/Pan ustawienie swoich zębów w skali od 1 (bardzo złe) do 10 (idealne)? ____

Jaki poziom poprawy w ustawieniu zębów będzie dla Pani/Pana zadowolający w powyższej skali?

Proszę opisać swoje oczekiwania odnośnie leczenia? ____

Przeczytałam/em i zrozumiałam/em powyższe pytania i udzieliłam/em prawdziwych odpowiedzi. Jeśli w przyszłości nastąpi zmiana stanu mojego* zdrowia mojego dziecka*, to poinformuję o tym na najbliższej wizycie. Wyrażam zgodę na badanie ortodontyczne i przeprowadzenie czynności diagnostycznych.

Data i czytelny podpis:

*niepotrzebne skreślić.

Pediatryczny Kwestionariusz Snu

Imię i nazwisko: Data urodzenia.....

Nr PESEL:..... Wiek (lata i miesiące, np.:7lat6m):

Czy podczas snu Twoje dziecko...	tak	nie	nie wiem
Chrapie więcej niż przez połowę nocy?			
Zawsze chrapie?			
Chrapie głośno?			
Ma ciężki lub głośny oddech?			
Ma problemy z oddychaniem, walczy z oddechem?			
Czy kiedykolwiek...			
Zauważyłaś, że Twoje dziecko zatrzymało oddech podczas snu?			
Czy Twoje dziecko...			
Ma tendencję do oddychania ustami w ciągu dnia?			
Ma sucho w buzi po przebudzeniu?			
Zdarza się, że moczy się w nocy?			
Budzi się rano zmęczone?			
Jest senne w ciągu dnia?			
Czy nauczyciel lub opiekun zauważył, że jest senne w ciągu dnia?			
Ma problem z obudzeniem się i wstaniem rano?			
Budzi się rano z bólem głowy?			
Czy był okres, gdy przestało rosnąć w normalnym tempie?			
Czy ma nadwagę?			
Czy Twoje dziecko...			
Wydaje się, że nie słyszy, gdy bezpośrednio do niego mówisz?			
Ma problem z wykonywaniem zadań?			
Łatwo się rozprasza zewnętrznymi bodźcami?			
Siedzi niespokojnie, wierci się?			
Jest ciągle w ruchu, jak by było napędzane silnikiem?			
Przeszkadza innym w rozmowie lub zabawie?			

Liczba odpowiedzi „tak”:

Jeśli odpowiedzi „tak” jest więcej jak 8, oznacza to istotne zaburzenie oddychania i snu.
Rozważ badanie snu.

Data i podpis: