

# МЕДИЦИНСКИЕ СВЕДЕНИЯ О НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМ ПАЦИЕНТЕ

(заполняется законным представителем)

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ мес. Вес \_\_\_\_\_ кг Рост \_\_\_\_\_

Как Вы оцениваете состояние здоровья ребенка в настоящее время:

- Полностью здоров(а)
- Имеет незначительные проблемы со здоровьем
- Имеет заболевания, которые существенно влияют на здоровье

Были ли медицинские осложнения во время родов и в послеродовом периоде? да нет

Имеется ли у ребенка задержка психо-двигательного развития? да нет

Неврологический/психиатрический диагноз \_\_\_\_\_

Состоял/состоит ли ребенок под наблюдением врача? да нет

Какого профиля? \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Обращались ли Вы за медицинской помощью в течение последнего месяца? да нет

По поводу чего? \_\_\_\_\_

Частота простудных заболеваний ребенка: 0-2 раза в год; 3-4 раза в год; более 4 раз в год;

Болел/болеет ли ребенок следующими заболеваниями(нужное подчеркнуть):

-детские инфекции (ветрян.оспа,корь,краснуха,скарлатина,дифтерия,паротит,коклюш) да нет

-аденоиды,отит,синусит(гайморит),ангина, другие ЛОР-заболевания \_\_\_\_\_ да нет

-бронхит, пневмония, плеврит, бронхиальная астма \_\_\_\_\_ да нет

-пороки сердца,аритмии, другие заболевания сердца \_\_\_\_\_ да нет  
-гепатит (А,В,С), другие болезни печени и желудочно-кишечного тракта \_\_\_\_\_ да нет  
-заболевания почек и мочевыводящих путей \_\_\_\_\_ да нет  
-эндокринные заболевания \_\_\_\_\_ да нет  
-черепно-мозговые травмы,обмороки, эпилепсия \_\_\_\_\_ да нет  
-прочие заболевания \_\_\_\_\_ да нет

Есть ли склонность к возникновению синяков или к длительным кровотечениям? \_\_\_\_\_ да нет

Были ли аллергические реакции на лекарства, в т.ч. на **местные анестетики**? \_\_\_\_\_ да нет

На какие? \_\_\_\_\_

Были ли аллергические реакции на пищевые продукты/бытовую химию/пыльцу растений/шерсть животных и прочее? \_\_\_\_\_ да нет

Проводилось ли ранее лечение зубов под общей анестезией (седацией)? \_\_\_\_\_ да нет

Проводились ли ранее операции или исследования под общей анестезией? \_\_\_\_\_ да нет

Какие и когда? \_\_\_\_\_

Были ли у ребенка осложнения, связанные с общей анестезией? \_\_\_\_\_ да нет

Принимает ли ребенок лекарства в настоящее время? \_\_\_\_\_ да нет

Какие? \_\_\_\_\_

Добавьте сведения, которые считаете нужными \_\_\_\_\_

**Я понимаю, что в случае сообщения врачу неверных или неполных сведений я подвергаю ребенка ПОВЫШЕННОМУ РИСКУ.**

**Памятку по подготовке к лечению в наркозе/седации получил(а),обязуюсь выполнять.**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Законный представитель \_\_\_\_\_  
кем приходится ребенку

\_\_\_\_\_  
Фамилия И.О.

\_\_\_\_\_  
подпись