

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Stato Civile _____ Codice Fiscale _____

Luogo e Data di Nascita _____

Residente a _____ Provincia _____ CAP _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Email _____

Medico di Base _____

ANAMNESI MEDICA

La preghiamo di compilare il più correttamente possibile questa cartella che rimarrà ad uso esclusivo dello Studio.

La informiamo che per poter ottenere una corretta erogazione dei nostri servizi professionali è necessario che fornisca i dati richiesti. In caso di minore o soggetto interdetto, inserire i dati degli stessi e far sottoscrivere da un genitore o tutore.

Sì No

È in cura per qualche malattia?

Se sì, quale? _____

Sì No

Ha mai avuto malattie gravi o interventi chirurgici negli ultimi 5 anni?

Se sì, quali? _____

Sì No

È o è stato/a affetto/a da una delle seguenti malattie e/o patologie?

Malattie dell'apparato cardio-vascolare:

Alterazione della pressione

Infarto

Valvulopatie con/senza reflusso

Pregressa endocardite

Arteriosclerosi

Aritmia/fibrillazione atriale

Altre malattie

Se sì, quali? _____

È portatore/portatrice di:

Pacemaker

Bypass coronarici

Protesi valvolare cardiaca

Malattie della pelle:

Lichen planus

Lupus

Orticaria o eritemi cutanei

Altre malattie

Se sì, quali? _____

Malattie dell'apparato digerente:

Gastrite

Ulcera Gastro-duodenali

Ernia esofagea

Morbo di Crohn

Colite ulcerosa

Reflusso gastro-esofageo

Altre malattie

Se sì, quali? _____

Malattie metaboliche:

Iperiparoidismo

Ipotiroidismo

Diabete Tipo I/Tipo II

Altre malattie

Se sì, quali? _____

Malattie del sangue:

Anemia

Piastrinopenia

Altre malattie

Se sì, quali? _____

Malattie epatiche:

Epatite A B C

Ittero

Altre malattie

Se sì, quali? _____

ANAMNESI MEDICA

Malattie neurologiche:

- | | | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Convulsioni |
| <input type="checkbox"/> Epilessia | <input type="checkbox"/> Problemi psico-emotivi | <input type="checkbox"/> Svenimenti |
| <input type="checkbox"/> Attacchi di Panico | <input type="checkbox"/> Altre malattie | Se si, quali? _____ |

Malattie polmonari o respiratorie:

- | | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Sinusiti | <input type="checkbox"/> Polmoniti |
| <input type="checkbox"/> Insufficienza polmonare | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Altre malattie |
- Se si, quali? _____

Malattie reumatiche:

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Artrite | <input type="checkbox"/> Artrosi | <input type="checkbox"/> Altre malattie |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|

Malattie veneree:

- HIV

Si No

È o è stato/a in cura chemioterapica o terapia radiante?

Si No

Ha sanguinamento eccessivo in estrazioni, chirurgie, ecc?

Si No

Sta assumendo o ha assunto qualcuno dei seguenti farmaci negli ultimi 5 anni?:

- | | | | |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antibiotici o sulfamidici | <input type="checkbox"/> Anticoagulanti | <input type="checkbox"/> Ansiolitici | <input type="checkbox"/> Medicine per cuore |
| <input type="checkbox"/> Antinfiammatori | <input type="checkbox"/> Antidepressivi | <input type="checkbox"/> Cortisone | <input type="checkbox"/> Medicine per pressione |
| <input type="checkbox"/> Antistaminici | <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Insulina | <input type="checkbox"/> Antidiabetici orali |
| <input type="checkbox"/> Nitroglicerina | <input type="checkbox"/> Antiaggreganti | <input type="checkbox"/> Integratori | <input type="checkbox"/> Bifosfonati (per le ossa) |
| <input type="checkbox"/> Vitamina D | <input type="checkbox"/> Altri farmaci | Se si, quali? _____ | |

Si No

È allergico/a o ha mai reagito in maniera anomala a:

- | | | | |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anestetici locali | <input type="checkbox"/> Penicillina | <input type="checkbox"/> Barbiturici | <input type="checkbox"/> Antibiotici o sulfamidici |
| <input type="checkbox"/> Sedativi | <input type="checkbox"/> Sonniferi | <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Iodio/Tintura di Iodio |
| <input type="checkbox"/> Metalli (es. Nichel) | <input type="checkbox"/> Alimenti | <input type="checkbox"/> Lattice | <input type="checkbox"/> Anestesia |
| <input type="checkbox"/> Colluttori | <input type="checkbox"/> Altri farmaci | Se si, quali? _____ | |

Si No

Fuma?

Se si, quanto? _____

Solo per le pazienti di sesso femminile:

- Si No È in stato di gravidanza?
- Si No Sta allattando?
- Si No Assume contraccettivi orali?

Solo per i minori:

- Si No Ha problemi fonatori o dislalie?
- Si No Respira con la bocca o parzialmente?

Elenco farmaci che assume: _____

ANAMNESI DENTALE

Ogni quanto tempo mediamente si reca dal dentista?

6 mesi o meno

1 anno o più

Solo in caso di necessità

A quando risale l'ultima visita presso un dentista? _____

A quando risale l'ultimo esame radiografico? _____

Quante volte al giorno si spazzola i denti?

Tre o più

Due

Una

Sì No

Usa regolarmente il filo interdentale?

Sì No

Fa uso di qualche collutorio?

Se sì, quale? _____

ESPERIENZE PASSATE

Sì No

Ha timori del trattamento odontoiatrico? Su una scala da 1 (poco) a 10 (molto)? _____

Sì No

Ha mai avuto delle esperienze negative o complicazioni con le terapie odontoiatriche ricevute?

Sì No

Ha mai avuto problemi a essere anestetizzato/a o ha avuto reazioni all'anestetico?

Sì No

Si è mai sottoposto/a a terapia ortodontica con apparecchi fissi o removibili?

Sì No

Si è mai sottoposto/a ad aggiustamenti occlusali (molaggio dei denti)?

Sì No

Le sono stati estratti dei denti?

IL SORRISO

Sì No

C'è qualcosa dell'aspetto dei suoi denti che vorrebbe cambiare?

Se sì, cosa? _____

Sì No

Ha mai sbiancato i denti?

Sì No

Si sente mai a disagio a causa dei suoi denti?

Sì No

È mai stato/a deluso/a dall'aspetto delle protesi realizzate per lei in passato?

LA MASTICAZIONE E LE ARTICOLAZIONI

Sì No

Ha problemi a masticare la gomma (chewing-gum)?

Sì No

Ha problemi a masticare cibi tenaci o duri?

Sì No

I suoi denti sono cambiati negli ultimi 5 anni, diventati più corti, più sottili o abrasati?

Sì No

I suoi denti si sono spostati, accavallati o hanno sviluppato degli spazi?

Sì No

Ha più di una posizione in cui chiude i denti o stringe i denti per farli combaciare?

Sì No

Si morde le unghie, mastica cubetti di ghiaccio, usa i denti per tenere degli oggetti o ha altre abitudini viziate?

Sì No

Digrigna o stringe i denti durante la notte o durante il giorno?

Sì No

Ha problemi a dormire o si sveglia cosciente dei suoi denti?

Sì No

Ha problemi con le sue articolazioni temporo-mandibolari (dolore davanti o dietro l'orecchio, rumori nella zona dell'orecchio, apertura limitata della bocca, blocco dell'articolazione)?

Sì No

Soffre di mal di testa, di dolori cervicali o i suoi denti sono indolenziti?

Sì No

Indossa o ha indossato un apparecchio notturno o un bite?

I DENTI

- Sì No **Ha avuto carie negli ultimi 3 anni?**
- Sì No **La sua bocca tende ad essere secca o ha difficoltà ad inghiottire il cibo?**
- Sì No **I suoi denti sono sensibili al freddo, al caldo, alla pressione o ai cibi dolci, oppure evita di spazzolare dei denti?**
- Sì No **Ha mai avuto mal di denti, un'otturazione fratturata, un dente scheggiato o rotto?**
- Sì No **Il cibo le si incastra mai fra i denti?**

GENGIVE, MUCOSE E OSSO

- Sì No **Quando spazzola i denti o usa filo interdentale, le sanguinano le gengive?**
- Sì No **Ha mai avuto recessione delle gengive?**
- Sì No **I suoi denti sono diventati mobili (non a causa di un trauma) o ha difficoltà a mordere una mela?**
- Sì No **Ha mai notato ulcerazioni o tumefazioni all'interno della sua bocca?**
- Sì No **Soffre di alitosi o ha mai avuto un sapore cattivo in bocca?**
- Sì No **Ha bruciori in bocca?**
- Sì No **Le è mai stata diagnosticata la malattia parodontale (piorrea) oppure è mai stato/a curato/a per questa patologia?**
- Sì No **C'è nessuno nella sua famiglia al quale è stata diagnosticata la malattia parodontale (piorrea)?**
- Sì No **Ha altre informazioni da segnalare?** _____

Se sì, quali? _____

Dichiaro di aver letto e compreso il questionario che sottoscrivo e che le suddette informazioni sono veritiere ed accurate. Autorizzo pertanto i sanitari presenti in questa struttura ad utilizzarle in maniera riservata al fine di curarmi nel modo più adeguato possibile. Mi impegno inoltre a comunicare tempestivamente qualunque variazione del mio stato di salute.