



ԱՌՈՂՋԱՊԱՅՎԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Հիվանդի անունը _____ Ամսաթիվ _____ ԹԵՐԹԻԿԻ/ՅԱՇԻԿԻ ՅԱՄԱՐ _____
 Ծննդյան ամսաթիվ _____ Տարիք _____

ԱՏԱՄՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՆԱԽԿԻՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

1. Կա՞ն այլ պայմաններ, որոնց մասին մենք պետք է իմանանք: Այո ___ Ոչ ___
 Եթե այո, խնդրում ենք նշել _____
2. Ինչո՞ւ եք եկել այսօր: Ստուգում ___ Մաքրում ___ Ատամի ցավ ___ Այլ ___
3. Ա) Ե՞րբ եք վերջին անգամ այցելել ատամնաբույժին: _____ Բ) Ի՞նչ բուժում է նախապես իրականացվել: _____
4. Ա) Բուժումն ավարտվե՞լ է: _____ Բ) Ատամների մաքրում կատարուե՞լ է: _____
5. Ե՞րբ է արվել ձեր վերջին Ատամների ռենտգենը: _____
6. Դուք երբևէ ունեցել եք երկարատև արյունահոսություն ատամի հեռացումից հետո: Այո ___ Ոչ ___
 Եթե այո, նշեք _____
7. Նախկինում ատամնաբուժական բուժման հետ կապված խնդիրներ ունեցե՞լ եք: Այո ___ Ոչ ___
 Եթե այո, նշեք _____
8. Ունե՞ք ախտանիշներ ձեր ականջների մոտ, որոնք կապված են ձեր ստորին ծնոտի շարժման հետ, ինչպիսիք են կտտոցը, ցավոտ շարժվելը, ցավը կամ կողպեքը: Այո ___ Ոչ ___ Եթե այո, նշեք _____
9. Երբևէ ախտորոշվե՞լ TMD-ով կա՞մ բուժվել եք նրանից (Temporomandibular համատեղ դիսֆունկցիան, որը կոչվում է TMJ) Այո ___ Ոչ ___ Եթե այո, նշեք _____
10. Ա) Ձեր լիզերը արա՞գ են արյունահոսում: Այո ___ Ոչ ___ Բ) Ձգո՞ւմ եք, որ բերանի տիանճ հոտ ունեք: Այո ___ Ոչ ___
11. Ա) Ձեր ատամները զգալի են տաք կամ սառը սենսացիաների նկատմամբ: Այո ___ Ոչ ___
 Բ) կուզենայի՞ք սպիտակեցնել ձեր ատամները: Այո ___ Ոչ ___
12. Կա՞ն կոսմետիկ փոփոխություններ, որոնք կցանկանայիք անել ձեր ատամների վրա: Այո ___ Ոչ ___
 Եթե այո, նշեք _____

Բժշկական նախկին տվյալներ

1. Դուք այս պահին բժշկի հսկողության տակ ե՞ք: Այո ___ Ոչ ___ Եթե այո, նշեք.
 Բժշկի անունը _____ Բժշկի հեռախոս _____
2. Ալերգիա ունե՞ք պենիցիլինի, կոդեինի, Տեղային անեսթեզիայի, տրանկվիլիզատորների կամ որևէ այլ դեղամիջոցի նկատմամբ: Այո ___ Ոչ ___
3. Դուք այս պահին ընդունո՞ւմ եք որևէ դեղամիջոց, ներառյալ հակաբեղմնավորիչները, Bisphosphonates կամ Pheny-Fen-ը: Այո ___ Ոչ ___ Եթե այո, նշեք _____
4. (կանայք) Դուք հղի՞ եք այս պահին: Այո ___ Ոչ ___ քանի՞ ամսական _____
5. Կա՞ն առողջական խնդիրներ, որոնց մասին մեզ պետք է տեղյակ տալ: Այո ___ Ոչ ___
6. Դուք ունե՞ք կամ ունեցե՞լ եք հետևյալներից որևէ մեկը:

Խնդրում ենք յուրաքանչյուրին առանձին-առանձին շրջել Այո կամ Ոչ

Արհեստական սրտի փական	Այո	Ոչ	Թոքերի լայնացում	Այո	Ոչ	Կարողի հետ կապված խնդիրներ	Այո	Ոչ
Ձիււ՜ / ՄԻՒՒՒ	Այո	Ոչ	Էպիլեպսիա	Այո	Ոչ	Ցածր արյան ճնշում	Այո	Ոչ
Անեմիա	Այո	Ոչ	Ուշագնացություն	Այո	Ոչ	Թոքերի հիվանդություն	Այո	Ոչ
Նշիկաբորբ	Այո	Ոչ	Գլաուկոմա	Այո	Ոչ	Օստեոպորոզ	Այո	Ոչ
Հոդաբորբ	Այո	Ոչ	Սրտի կաթված	Այո	Ոչ	Արհեստական ռիթմավար սարք	Այո	Ոչ
Բրոնխիալ ասթմա	Այո	Ոչ	Սրտային վիրաբուժություն	Այո	Ոչ	Հոգեբուժական օգնություն	Այո	Ոչ
Արյունահոսության հետ կապված խնդիրներ	Այո	Ոչ	Սրտի աղմուկ	Այո	Ոչ	Ռեմատիկ տենդ	Այո	Ոչ
Քաղցկեղ	Այո	Ոչ	Հեպատիտ	Այո	Ոչ	Սինուսային անհանգստություն	Այո	Ոչ
Քիմիաթերապիա/ճառագայթային թերապիա	Այո	Ոչ	Բարձր արյան ճնշում	Այո	Ոչ	Ծխախոտի օգտագործում	Այո	Ոչ
Բարձր խոլեստերին	Այո	Ոչ	Դեղնախոտ	Այո	Ոչ	Կաթված	Այո	Ոչ
Կոսմետիկ վիրաբուժություն	Այո	Ոչ	Հոդերի փոխարինում	Այո	Ոչ	Վահանաձև գեղձի հետ կապված խնդիրներ	Այո	Ոչ
Շաքարային դիաբետ	Այո	Ոչ	Երկկամային հիվանդություն	Այո	Ոչ	Տուբերկուլյոզ	Այո	Ոչ

Գլխապտույտ	Այո	Ոչ	Լատեքսային ալերգիա	Այո	Ոչ	Վեներական հիվանդություն	Այո	Ոչ
Թմրամիջոցների օգտագործում	Այո	Ոչ						

Հիվանդի ստորագրությունը _____

Ամսաթիվ _____

Բժիշկի ստորագրություն _____

Ամսաթիվ _____