

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?<br>Se SÌ, per quale ragione? _____             |  |  |  |
| 4. | Si | No | È attualmente sotto cura da un dottore? Per cosa? _____<br>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 apopletrico, 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: \_\_\_\_\_