



Α.Μ. ΤΜΗΜΑΤΟΣ

ΑΜΚΑ

**ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**  
**Δ/ΝΤΡΙΑ: Ε. ΜΠΟΓΟΣΙΑΝ**

**ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

ΟΝΟΜ/ΜΟ: \_\_\_\_\_

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_ ΦΥΛΟ:  Μ  Θ ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: \_\_\_\_\_

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: \_\_\_\_\_ ΑΣΦ. ΤΑΜΕΙΟ: \_\_\_\_\_

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: \_\_\_\_\_ ΤΗΛ: \_\_\_\_\_

Θεράπων Οδοντίατρος: \_\_\_\_\_ Τηλ: \_\_\_\_\_

Θεράπων Ιατρός: \_\_\_\_\_ Τηλ: \_\_\_\_\_

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ  
ΕΞΕΤΑΣΗΣ: \_\_\_\_\_ ΕΙΣΟΔΟΥ: \_\_\_\_\_ ΕΞΟΔΟΥ: \_\_\_\_\_

-/- \_\_\_\_\_ -/- \_\_\_\_\_

-/- \_\_\_\_\_ -/- \_\_\_\_\_

-/- \_\_\_\_\_ -/- \_\_\_\_\_

182163

**ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΝΟΣΟΥ:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ  
ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

ΛΟΙΜΩΔΗ:

1. Οικογενειακό:

2. Ατομικό:

3. Χειρ. επεμβάσεις – μετάγγιση αίματος:

4.  Έλλειψη G-6-PD  ΦΟΒΙΑ :

Εμπειρία από προηγούμενη λήψη τοπικής ή γενικής αναισθησίας:

5. Έξεις και τρόπος του ζην:

6. Λήψη Φαρμάκων:

7. Εργαστηριακός Έλεγχος - Ευρήματα:

8. Ζωτικά Σημεία:

Θ.

°C

Σφύξεις

Αναπνοές

Α.Π.

mmHg

9. Παραπομπή για Ιατρική Γνωμοδότηση:

10. Απαντήσεις Εργαστηριακού Ελέγχου ή/και Ιατρικής Γνωμοδότησης:

Φυσική Κατάσταση Ασθενούς (ASA):

I

II

III

IV

**ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

1. Υγιεινή των δοντιών:  Καλή  Μέτρια  Ανεπαρκής

2. Κατάσταση του περιοδοντίου:

Υγιής  Αιμορραγία  Παρουσία Τρυγιάς  Παρουσία θυλάκων

3. Κατάσταση του στοματικού βλεννογόνου:  Υγιής  Βλάβη Περιγραφή: \_\_\_\_\_

4. Έκκριση σιέλου:  Φυσιολογική  Αυξημένη  Ελαττωμένη

5. Λειτουργικότητα κροταφογναθικής διάρθρωσης:

Φυσιολογική  Επώδινη  Θορυβώδης  Περιορισμένη Διάνοιξη

6. Καταγραφή οδοντογναθικών ανωμαλιών:  ΟΧΙ  ΝΑΙ  Παραπομπή

7. Υπάρχουσες προσθετικές αποκαταστάσεις:

ΑΝΩ  Ακίνητες: \_\_\_\_\_  Μ.Ο.  Ο.Ο.

ΚΑΤΩ  Ακίνητες: \_\_\_\_\_  Μ.Ο.  Ο.Ο.

8. Εκτίμηση μασητικής λειτουργίας:  Καλή  Ικανοποιητική  Ανεπαρκής

9. Καταγραφή της Κατάστασης των δοντιών\* και της αναγκαίας Θεραπείας\*\*

**																**
*																*
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
*																*
**																**

**ΚΩΔΙΚΟΙ\***

T = Τερηδόνα  
K = Κινητικότητα

**ΚΩΔΙΚΟΙ\*\***

X = Εξαγωγή  
E = Έμ-ραξη

Καταγραφή Άλλων Καταστάσεων: \_\_\_\_\_

Άλλες Προγραμματιζόμενες Θεραπείες: \_\_\_\_\_

10. Εργαστηριακά Ευρήματα: \_\_\_\_\_

**Εκτίμηση Κινδύνου Επέμβασης (ORA): I II III IV**

**ΣΧΕΔΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ:**

• ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΙΑ  ΕΞ. ΙΑΤΡΕΙΑ  ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ   
• ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ: ΤΟΠΙΚΗ  ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ  ΓΕΝΙΚΗ   
• ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (Είδος-Έκταση): \_\_\_\_\_

• ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ (Πριν - Κατά - Μετά): \_\_\_\_\_





**Τοιμημένη έκδοση MRRH (Άμστερνταμ, Ιούνιος 2000)**

Είχατε ποτέ νόσο πάνω στο στήθος (στηθάγχη) κατά τη διάρκεια έντονης σωματικής προσπάθειας; Εάν ΝΑΙ:  
 Πόσο συχνά σας δραστηριοποιήσαν;  
 Ε αυξημένα καρδιακά προβλήματα τελευταία;  
 Ε πάνω στο στήθος όταν δεν κουράζεστε;

Είχατε ποτέ ένα έμφραγμα (μυοκαρδίου); Εάν ΝΑΙ:

Ελάσαν οι συμπτωτικές σας δραστηριότητες;

Είχατε έμφραγμα (μυοκαρδίου) τους 6 τελευταίους μήνες;

Ε φύσημα στην καρδιά ή βαλβιδοπάθεια ή τεχνητή βαλβίδα καρδιάς;  
 Ε 6 τελευταίους μήνες πέρασατε χειρουργική επέμβαση στην καρδιά ή  
 ηγά;

Ε βηματοδότη;

Είχατε ποτέ ρευματικό καρδιακό νόσημα.

Εν περιοριστεί οι σωματικές δραστηριότητες;

Παρουσιάζεται ταχυκαρδία χωρίς να καταβάλλετε σωματικά

πλάγια; Εάν ΝΑΙ:

Είχατε να ζαλιώσετε ή να καθίσετε;

Είχατε ταχυκαρδία, σας παρουσιάζεται πρόβλημα αναστολής ή χάνετε  
 κόμμα σας ή ζαλιζέστε;

Πέρατε από καρδιακή ανεπάρκεια; Εάν ΝΑΙ:

Ε πρόβλημα αναστολής όταν ζαλιώνετε;

Είχατε 2 ή περισσότερα μεξιλάρια τη νύχτα, επειδή έχετε πρόβλημα  
 νουής;

Είχατε ποτέ υψηλή πίεση;

Ε τόση να σιμορραγείτε εύκολα; Εάν ΝΑΙ:

Είχατε πάνω από 1 ώρα μετά από τραυματισμό ή χειρ επέμβαση;  
 παρουσιάζονται εκχυμώσεις (μελανιές) χωρίς να έχετε χτυπήσει;

Πέρατε από επιληψία; Εάν ΝΑΙ:

Είχατε ποτέ 6 ή περισσότερους μήνες;

Είχατε να έχετε κρίσεις;

Πέρατε από βρογχικό άσθμα; Εάν ΝΑΙ:

Είχατε κάποιο φάρμακο ή/και εισπνοές / ψεκαστήρα.

Είχατε πρόβλημα με την αναπνοή σας;

Ε άλλα προβλήματα με τα πνευμόνια ή επίμονο βήχας; Εάν ΝΑΙ:

Είχατε όταν ανεβαίνετε 20 σκαλοπάτια;

Είχατε όταν ντύνεστε;

ΝΑΙ ΟΧΙ ASA

**Τροποποιημένη έκδοση MRRH (Άμστερνταμ, Ιούνιος 2000)**

11 Είχατε ποτέ κάποια αλλεργική αντίδραση στην πενικιλίνη, ασπιρίνη, σε  
 έμπλαστρο ή οποδήποτε άλλο; Εάν ΝΑΙ:  
 Μήπως συνέβη όταν ήσασταν στον οδοντίατρο;  
 Σε τι είχατε αλλεργικός/η; .....

12 Υποφέρετε από διαβήτη; Εάν ΝΑΙ:  
 Είστε σε θεραπεία με ινσουλίνη;  
 Ο διαβήτης δεν ρυθμίζεται ικανοποιητικά προς το παρόν;

13 Υποφέρετε από νόσο του θυρεοειδούς αδένος;  
 Μήπως ο θυρεοειδής αδένος υπερλειπουργεί;  
 Μήπως ο θυρεοειδής αδένος υπολειπουργεί;

14 Υποφέρετε από νοσήματα του ήπατος;

15 Υποφέρετε από νόσημα των νεφρών;  
 Μήπως υποβάλλεστε σε αιμοκάθαρση;  
 Μήπως έχετε υποστεί μεταμόσχευση νεφρών;

16 Είχατε ποτέ καρόνο, κάποια κακοήγη πάθηση ή λευχαιμία; Εάν ΝΑΙ:  
 Είχατε υποστεί θεραπεία με φάρμακα ή μεταμόσχευση μυελού ή αυτό;  
 Είχατε υποστεί ακτινοθεραπεία στην περιοχή κεφαλής ή λαιμού;

17 Μήπως υποφέρετε από δύσπνοια (υπεραερισμό) όταν συγχύζεστε;

18 Λαμβάνετε φάρμακα αυτή τη στιγμή για οποιοδήποτε λόγο; Εάν ΝΑΙ:

19 Χρειάζεστε ποτέ να λάβετε αντιβιοτικά για λόγους προφύλαξης πριν από  
 την οδοντιατρική θεραπεία ή οδοντιατρικές επεμβάσεις;

20 Για γυναίκες μόνο. Είστε έγκυος;

ΝΑΙ ΟΧΙ ASA

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: