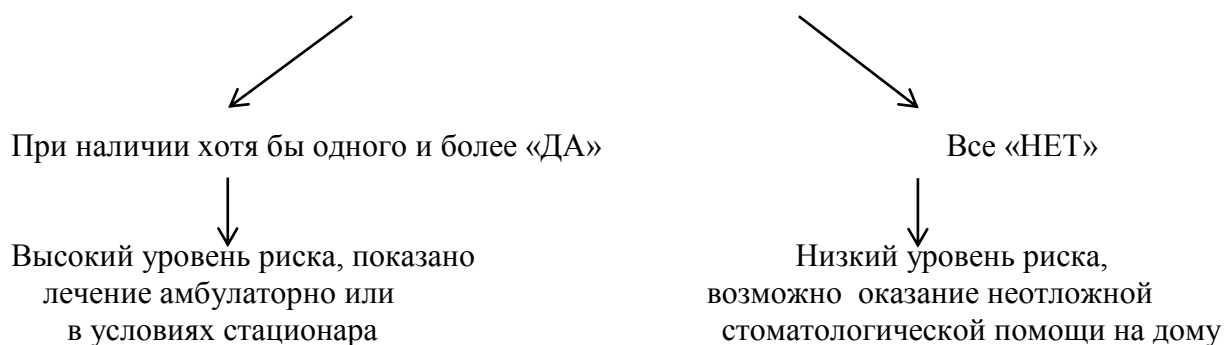


Опрос-анкета для оказания неотложной стоматологической помощи на дому
(заполняется регистратором)

№ пп	Критерии	ДА	НЕТ
1.	Необходимость одновременного проведения большого объема стоматологических манипуляций.		
2.	Отсутствуют стойкие нарушения опорно-двигательного аппарата или временная утрата возможности передвижения		
3.	Состояние нервной системы пациента, затрудняющее контакт с ним врача, эпилепсия, обмороки		
4.	Отягощенный аллергологический анамнез		
5.	Наличие общесоматической патологии, при которой любое стоматологическое вмешательство может привести к осложнению, угрожающему жизни пациента		
6.	Острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и т.п.), развившееся менее чем за 6 месяцев до момента обращения за данной стоматологической помощью		
7.	Гемофилия и другие болезни крови		
8.	Возможность обратиться за амбулаторной помощью самостоятельно или имеется помощь сопровождающих лиц		
9.	Отсутствие справки от участкового врача		



Дата _____

подпись

ФИО мед. регистратора