دانشگاه علو م پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

معاونت بهداشتی

پرونده دندانپزشکی واحدهای دندانپزشکی تحت پوشش دانشگاه

**نام و نام خانوادگی:........................ نام پدر :....................... شماره پرونده:............................**

**شماره تلفن :................ شغل :.............. کد ملی:...................... شماره شناسنامه:..................**

 **ویژه بیماران خاص و اختلالات خونریزی دهنده**

**الف)نوع بیماری هموفیلی A هموفیلی B هموفیلی c**

 **تالاسمی مینور تالاسمی ماژور بیماران پیوندی**

 **بیماریهای بدخیم سایر بیماریها**

**ب)آیا در حال حاضر نیاز به تزریق فاکتور دارید ؟.........................................................**

**ج)آیا جهت کشیدن دندان فاکتور مورد نیاز را دریافت کرده اید؟ ........................تاریخ دریافت فاکتور؟................................**

**سایر بیماران**

**چ)آیا در حال حاضر دارویی مصرف می نمایید؟ نوع دارو ...........................سابقه حساسیت به کدام دارو را دارید؟.................**

**ح) سابقه کدام بیماری یا بیماری های ذیل را دارید؟**

**1) بیماری قلبی عروقی (کنترل شده عدم کنترل ) 2) صرع (کنترل شده عدم کنترل )**

**3 ) هپاتیت B یا هپاتیت C (کنترل شده عدم کنترل ) 4)دیابت (کنترل شده عدم کنترل )**

 **5) فشارخون (کنترل شده عدم کنترل ) 6) پرکاری تیروئید ( کنترل شده عدم کنترل ) 8 )حاملگی (سه ماهه اول سه ماهه دوم سه ماهه سوم ) 9 ) بیماریهای دیگر**

**د)در صورت ابتلا به بیماری دیابت آخرین نتیجه آزمایش F.B.S ( قند خون ناشتا )؟..........................................**

**ذ)میزان فشار خون سیستولیک و دیاستولیک بیمار ؟............................................**

**ر) مهم ترین مشکل سیستمیک بیمار با توجه به تاریخچه و اظهارات بیمار:...............................**

 **امضاء یا اثر انگشت بیمار**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ مراجعه** | **نوع خدمت ارائه شده** | **مهر و امضاء دندانپزشک معالج** | **هزینه کامل درمان** | **توضیحات** |
|  |  |  |  |  |