**Анкета для невідкладної допомоги за мовного бар’єру**

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пацієнт (прізвище, ім’я): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата народження: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Просимо вас надати відповіді на такі запитання:**

Де відчуваєте біль? □ верхня щелепа □ cправа □ зліва □ спереду □ ззаду

□ нижня щелепа □ справа □ зліва □ спереду □ ззаду

Скільки днів ви відчуваєте біль? □ 1 день □ 2 дні □ 3 дні □ більше 3 днів

Наскільки сильним є біль? □1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8 □ 9 □ 10

(1= слабкий, 10 = нестерпний)

Опишіть біль: □ тупий □ колючий □ іноді пульсуючий □ безперервний

Чи є у вас «опухла щока» (абсцес, скупчення гною)? □ так □ ні

Відколи у вас «опухла щока»? □ 1 день □ 2 дні □ 3 дні □ більше 3 днів

Ви приймаєте якісь ліки? □ так □ ні

У вас є ліки з собою? □ так □ ні

Знеболюючі? □ так □ ні Якщо так, то які:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Антибіотики? □ так □ ні Якщо так, то які:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Розріджувачі крові □ так □ ні Якщо так, то які:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Необхідні заходи**

**Наступні примітки вносить стоматолог:**

Я хотів би вжити наступних заходів:

Рентгенівський знімок □

Зуб потрібно видалити □

Зуб потребує пломбування □

Зуб потребує лікування кореневих каналів □

Укол анестетика для зуба □

Абсцес необхідно розрізати □

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

У мене немає додаткових запитань до стоматолога, і я погоджуюся із зазначеними заходами □ так □ ні

Підпис пацієнта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Потрібний наступний □ візит / □ обстеження.  Будь ласка, знову відвідайте лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о \_\_\_\_\_\_\_\_\_ год.  Направлення до спеціаліста з орально-щелепно-лицьової хірургії  для подальшого лікування □.  Існує □потреба в подальшому лікуванні, витрати на яке не покриваються  за законом про надання притулку  Примітки:  Будь ласка, візьміть із собою особу, яка розмовляє цією мовою, на наступний візит.  Візьміть із собою талон медичного обслуговування, якщо ви ще його не надали | Печатка лікаря |