



Questionario di Anamnesi

Paziente: **Cognome** _____ **Nome** _____

Anamnesi medica

1	Quanto tempo è trascorso dal suo ultimo trattamento o controllo odontoiatrico? _____		
2	E' in buona salute attualmente?	Sì	No
3	Ha avuto in passato malattie gravi o interventi chirurgici?	Sì	No
4	Prende abitualmente medicinali (farmaci, vitamine, ormoni o altro)? Se SI indicare quali: _____	Sì	No
5	Ha sofferto o soffre di MALATTIE CARDIACHE?	Sì	No
6	Ha sofferto o soffre di alterazioni della PRESSIONE SANGUIGNA?	Sì	No
7	Ha sofferto o soffre di MALATTIE DEL SANGUE (anemia, emofilia, leucemia, trombofilia, emorragiche, ecc.)?	Sì	No
8	Ha sofferto o soffre di MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (bronchite, asma, enfisema, fibrosi, BPCO, ecc.)?	Sì	No
9	Ha sofferto o soffre di MALATTIE ALLERGICHE? Se SI, indicare a cosa:	Sì	No
10	Ha sofferto o soffre di MALATTIE GENITO-URINARIE?	Sì	No
11	È o è stato in DIALISI? Se lo è attualmente, indicare i giorni della settimana:	Sì	No
12	Ha sofferto o soffre di MALATTIE OCULARI (vista, cataratta, glaucoma, xeroftalmia, esoftalmo, retinopatia, ecc.)?	Sì	No
13	Ha sofferto o soffre di MALATTIE REUMATICHE (reumatismi, artite reumatoide, S. Sjogren, Lupus, ecc.)?	Sì	No
14	Ha sofferto o soffre di MALATTIE DERMATOLOGICHE?	Sì	No
15	Ha sofferto o soffre di DIABETE (tipo 1, tipo 2, gestazionale, insipido)?	Sì	No
16	Ha sofferto o soffre di MALATTIE ALLA TIROIDE?	Sì	No
17	Ha sofferto o soffre di MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE (reflusso, ernia iatale, ulcere, cirrosi, colite, diarrea cronica, ecc.)?	Sì	No
18	Ha sofferto o soffre di EPATITE? Se SI, indicare la tipologia: A-B-C-D-E-G	Sì	No
19	Soffre di infezione da HIV (AIDS)?	Sì	No
20	Ha sofferto o soffre di altre MALATTIE INFETTIVE e/o CONTAGIOSE (meningite, tubercolosi, gonorrea, colera, malaria, toxoplasmosi, ecc.)?	Sì	No
21	Ha sofferto o soffre di MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO (epilessie, paresi, paralisi, sclerosi multipla, ecc.)?	Sì	No
22	Ha sofferto o soffre di ALTRE patologie non elencate? Indicare quali: _____	Sì	No
23	Ha mai avuto qualche conseguenza particolare in seguito all'assunzione di anestetici, antibiotici o altri farmaci? Quali? _____	Sì	No
24	E' mai stato avvertito di non prendere qualche farmaco o medicina in particolare? Se SI, quale? _____	Sì	No
25	Ha mai avuto una anestesia locale? Quali sono state le conseguenze? _____	Sì	No
26	Sanguina in modo anomalo quando si ferisce?	Sì	No
27	Presenta ematomi o si gonfia facilmente?	Sì	No
28	Come guarisce: 1)rapidamente, 2)normalmente, 3)lentamente?		
29	Ha mai effettuato esami radiografici o terapia irradiante?	Sì	No
30	È facilmente soggetto ad infezioni?	Sì	No
31	Solo per i pazienti di sesso femminile: È o potrebbe essere in GRAVIDANZA? Se SI, in che mese? Ha avuto complicanze?	Sì	No
32	Solo per i pazienti di sesso femminile: È in menopausa?	Sì	No



Anamnesi odontoiatrica

33	Si sente nervoso o agitato per la visita odontoiatrica?	Si	No
34	Indicare il MOTIVO DELLA VISITA ODONTOIATRICA:		
35	Digrigna i denti di notte oppure stringe i denti di giorno (bruxismo)?	Si	No
36	Morde abitualmente piccoli oggetti (matita, pipa, unghie, ecc.)?	Si	No
37	Fuma?	Si	No
38	Respira prevalentemente con la bocca?	Si	No
39	Usa stuzzicadenti dopo i pasti?	Si	No
40	Tende a russare di notte?	Si	No
41	Ha sonnolenza diurna?	Si	No
42	È trascorso più di un anno dall'ultima pulizia dentale?	Si	No
43	Le gengive sanguinano quando spazzola i denti?	Si	No
44	Vi sono denti sensibili al freddo?	Si	No
45	Ha notato un aumento della mobilità dei denti?	Si	No
46	Vi è spostamento di alcuni denti dalla posizione iniziale?	Si	No
47	Ha subito interventi chirurgici gengivali?	Si	No
48	Ha notato in alcuni punti che la gengiva si è "ritirata" (recessione gengivale)?	Si	No
49	Avverte cattivo sapore in bocca?	Si	No
50	Soffre di frequenti mal di testa?	Si	No
51	Accusa dolore durante la masticazione?	Si	No
52	Riscontra rumori alla masticazione?	Si	No
53	Riscontra dolori o rumori ad aprire la bocca?	Si	No
54	Ritiene che vi siano problemi estetici nella sua bocca?	Si	No
55	Nota la presenza di denti "allungati" per la retrazione delle gengive?	Si	No
56	Presenta eventuali corone, ponti, protesi o apparecchi removibili?	Si	No
57	Desidera sostituire le otturazioni in Amalgama d'argento ("piombatura") con otturazioni estetiche del colore naturale dei denti?	Si	No
58	Usa lo spazzolino tradizionale almeno 2 volte al giorno?	Si	No
59	Usa il filo interdentale?	Si	No
60	Usa il collutorio?	Si	No
61	Abitualmente pulisce anche la lingua con lo spazzolino o una garzina?	Si	No
62	Ha subito incidenti o traumi all'apparato stomatognatico (bocca e apparato masticatorio)?	Si	No
63	Ha dolori o disturbi a livello frontale, temporale, laterocervicale?	Si	No
64	Avverte secchezza della bocca (labbra, lingua, guance, gengive)?	Si	No
65	Avverte bruciore della bocca (labbra, lingua, guance, gengive)?	Si	No

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: Ai sensi del D. Lgs. 196/03 riguardante "Codice in materia di protezione dei dati personali" Vi informiamo che i dati che Vi riguardano da noi rilevati sono raccolti nella piena tutela dei Vostri diritti e degli obblighi di riservatezza. Vi chiediamo il consenso al trattamento dei vostri dati personali a fini di diagnosi e cura, nonché il permesso di documentare la sequenza del Vostro trattamento con fotografie che possano essere mostrate ad altri specialisti in conferenze e consultazioni d'equipe a scopo didattico e scientifico.

Data: _____

Firma _____

SI NO Desidero ricevere un SMS come promemoria dell'appuntamento sul num. sottoindicato.

SI NO Desidero ricevere una TELEFONATA come promemoria dell'app. sul num. sottoindicato.

Num. telefono _____