



دانشگاه علوم 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؟

- ۱) بیماری قلبی عروقی (کنترل شده عدم کنترل)
۲) صرع (کنترل شده عدم کنترل)
۳) هیپاتیت B یا هیپاتیت C (کنترل شده عدم کنترل)
۴) دیابت (کنترل شده عدم کنترل)
۵) فشارخون (کنترل شده عدم کنترل)
۶) پرکاری تیروئید (کنترل شده عدم کنترل)
۷) حاملگی (سه ماهه اول سه ماهه دوم سه ماهه سوم)
۸) 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

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