

**QÜESTIONARI DE SALUT**  
Si us plau, contesti SI/NO quan procedeixi.

<b><u>NOM I COGNOM</u></b>	
<b>MOTIU DE LA CONSULTA:</b>	
<b>¿Està seguint algun tractament mèdic?</b> En cas afirmatiu quina és la seva malaltia?	
<b>¿Ha tingut alguna malaltia o operació importants?</b> En cas afirmatiu. Quina ha estat?	
<b>¿Ha estat mai hospitalitzat?</b> En cas afirmatiu. Per què?	
<b>¿Te o ha tingut algun problema cardíac? (infart, buf)</b> En cas afirmatiu especificar:	
<b>¿Te o ha tingut alguna malaltia pulmonar? (Asma, emfisema, bronquitis)</b> En cas afirmatiu especificar:	
<b>¿Te o ha tingut algun problema dermatològic?</b> En cas afirmatiu especificar:	
<b>¿Ha tingut o te?</b>	
Convulsions	
Diabetis	
Hepatitis, icterícia o malaltia del fetge	
Úlcera d'estómac	
Problemes renals	
<b>¿Te o ha tingut alguna malaltia infecciosa?</b> En cas afirmatiu especificar:	
<b>¿Te vostè Osteoporosis? ¿Prescripció Bifosfonatos?</b>	
<b>¿Te o ha tingut problemes de coagulació sanguínia?</b> En cas afirmatiu especificar:	
<b>¿Te o ha tingut alguna malaltia de la sang? (anèmia, hemofília)</b>	
<b>¿Ha rebut mai tractament amb cirurgia o radioteràpia per a algun tumor, càncer o altra malaltia al cap o coll?</b>	
<b>¿Està prenent alguna pastilla o medicament?</b> En cas afirmatiu especificar:	

<b>¿És al·lèrgic o ha tingut alguna reacció adversa a :</b>	
Anestèsics locals	
Penicil·lina o altres antibiòtics	
Aspirina o altres analgèsics	
Codeïna o altres analgèsics forts	
metalls	
Altres	

<b>És fumador/a?</b> En cas afirmatiu ¿Quant fuma?	
<b>És consumidor d'alcohol?</b> En cas afirmatiu ¿quant pren?	
<b>Ha tingut algun problema seriós abans relacionat amb algun tractament mèdic o dental?</b> En cas afirmatiu ¿Quin?	
<b>És portador d'algun tipus de pròtesi (de maluc, by-pass, marcapassos, vàlvula cardíaca)?</b> En cas afirmatiu ¿Quin?	
<b>HISTORIA DENTAL</b>	
Li sagnen les genives quan es renta les dents?	
Ha sentit dolor a les genives?	
Ha notat que les seves dents s'han allargat?	
Ha notat recessió a les genives?	
Ha notat mobilitat a les dents?	
Ha rebut tractament periodontal (genives)?	
Ha rebut tractament ortodòntic (aparells)?	
En alguna ocasió te la impressió de tenir mal alè?	
Es fa neteges de boca regularment?	
Quant va ser la ultima vegada que va acudir al dentista? .....	
<b>¿Què utilitza per a raspallar-ne les dents? Pot subratllar mes d'una opció:</b>  Manual/ elèctric    dentífric    Seda dental /superfloss/raspalls interproximales    Col·lutori	
<b>ALTRES PREGUNTES</b>	
Presenta dificultat i/o dolor al obrir la boca o badallar?	
Te dolor o dificultat al mastegar/parlar?	
Es conscient de prémer les dents durant el dia o la nit?	
¿Li han comentat alguna vegada que ronca?	
Sol tenir la sensació de no descansar be a la nit	
Sol tenir somnolència durant el dia	
<b>SI ÉS DONA SI US PLAU RESPONGUI</b>	
Està embarassada?	
Sospita que pugui estar-ho?	
Pren anticonceptius?	

DATA:



**SIGNATURA:**