

CZYNNIKI RYZYKA JAMY USTNEJ

Imię i nazwisko pacjenta:

Data:

1. Czy paliłeś lub kiedykolwiek to zrobileś/łaś?

Tak

Nie

(Jeśli odpowiedziałeś nie, przejdź do pytania 2.)

Ilość dotychczasowego palenia tytoniu (zaznacz wszystko co Ciebie dotyczy)

- żadna (całkowicie rzuciłem/-am palenie)
- mniej niż 1 paczka dziennie
- palę cygaro okazjonalnie
- palę papierosa okazjonalnie
- 1-2 paczki dziennie
- palę cygaro regularnie/codziennie
- kilka papierosów dziennie
- co najmniej 2 paczki dziennie
- palę fajkę okazjonalnie
- palę fajkę regularnie/codziennie

W przypadku rzucenia palenia, kiedy to zrobileś/łaś?

- mniej niż pół roku temu
- 6 – 12 miesięcy temu
- 1-3 lata temu
- ponad 3 lata temu

Ile lat palisz lub paliłeś/łaś?

- mniej niż 2 lata
- 2-5 lat
- 5-10 lat
- 10-20 lat
- ponad 20 lat

2. Czy kiedykolwiek żuleś tytoń, lub wciągałeś/łaś tabakę, lub podobne substancje?

(Jeśli nie, przejdź do pytania 3)

Tak

Nie

Czy NADAL korzystasz z żucia tytoniu lub tabaki?

Tak

Nie

Jeśli nie, KIEDY to rzuciłeś/łaś?

- mniej niż pół roku temu
- 6 miesięcy do 12 miesięcy temu
- 1-3 lata temu
- ponad 3 lata temu

Jak długo stosujesz bądź stosowałeś/łaś żucie tytoniu?

- mniej niż rok
- 1-2 lat
- 2-5 lat
- ponad 5 lat

3. Zbliżona ilość obecnie spożytych napoi alkoholowych w ciągu roku:

- żadna
- mniej niż 1 w tygodniu
- 1-5 drinków
- 6-11 drinków
- 11-20 drinków
- ponad 20 drinków

4. Czy kiedykolwiek miałeś/łaś problemy z nadużyciem środków odurzających?

Tak Nie

Opisz.....
.....

5. Czy obecnie korzystasz z substancji psychoaktywnych?

Tak Nie

Wymień.....

6. Czy kiedykolwiek miałeś/miałaś problem z niedożywianiem?

Tak Nie

Jeśli tak, dokładnie opisz.....
.....

7. Czy posiadasz jakiegokolwiek piercing w głowie, szyi lub ustach? (oprócz na uszach).

Tak Nie

Wymień.....

8. Czy zostałeś/łaś kiedykolwiek poinformowany/a o tym, że zostałeś/łaś zainfekowany/a onkogennym szczepem wirusa brodawczaka ludzkiego (będącym możliwą przyczyną nowotworową)?

Tak Nie

9. Opisz swoją lub rodzinną historię choroby nowotworowej:.....

.....

10. Inne uwagi lub komentarze:.....

.....

ZGODA: Zgodnie z moją wiedzą wszystkie powyższe informacje są poprawne i jeśli kiedykolwiek nastąpi zmiana w stanie zdrowia lub lekarstwach, praktyka ta zostanie niezwłocznie o nich poinformowana. Zgadzam się także, aby ta praktyka skontaktowała się z dowolnymi pracownikami opieki zdrowotnej i udostępniła informacje o zdrowiu pacjenta, które mają pomóc w opiece i leczeniu. Wyrażam również zgodę na diagnozę, odpowiednią opiekę zdrowotną i leczenie przeprowadzone przez tę praktykę dla wyżej wymienionej osoby pod różnym zainteresowaniem. Rozumiem, że nie ma gwarancji na opiekę zdrowotną lub stomatologiczną.

Podpis

Data

(Podpis rodzica bądź opiekuna w przypadku nieletniego pacjenta)

Ocenił przez: