



## پرونده درمان جامع

شماره.....

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی و درمانی قزوین

دانشکده دندانپزشکی

نام و نام خانوادگی: ..... نام پدر: ..... سن: ..... جنس: .....

تاریخ مراجعه: ..... علت مراجعه: ..... آدرس و تلفن: .....

نام دانشجو: ..... امضاء پزشک مسئول: .....

۱- آیا سابقه درد در ناحیه چپ قفسه سینه و یا هرگونه ناراحتی قلبی و فشار خون داشته‌اید؟

۲- آیا سابقه بیماریهای خونی و یا خونریزی دهنده داشته‌اید؟

۳- سابقه روماتیسم مفصلی، روماتیسم قلبی یا تب روماتیسمی داشته‌اید؟

۴- نسبت به داروها، تزریق، غذا و یا عوامل دیگر حساسیت دارید؟

۵- سابقه یرقان داشته‌اید؟

۶- سابقه بیماری تیروئید دارید؟

۷- (در مورد خانمها): آیا باردار هستید؟ در صورت مثبت بودن: سه ماهه اول ☐ سه ماهه دوم ☐ سه ماهه سوم ☐

بیماریهای قلبی و عروقی ☐ بیماریهای خونی و یا خونریزی دهنده ☐ سابقه تب روماتیسمی ☐ آلرژی دارویی ☐

بیماری تیروئید ☐ سابقه یرقان ☐

داروهای مصرفی در حال حاضر

پروتز

جراحی

رادیوگرافی

پریودنتولوژی

ترمیمی

اندودانتیکس

\* اینجانب ..... باتوجه به توضیحات دندانپزشک، مراتب رضایت خود و براءت دندانپزشک معالج را برای درمانهای لازم جهت خودم/فرزندم/همسر به نام ..... طبق نظر دندانپزشک معالج اعلام می نمایم. ضمناً موافقت خود را درخصوص عدم مطالبه بیعانه در صورت عدم مراجعه در موعد مقرر اعلام می نمایم .

اثر انگشت یا امضاء

تاریخ:

بخش:

دانشجو:

شرح معالجات انجام شده:

بخش:

دانشجو:

شرح معالجات انجام شده:

بخش:

دانشجو:

شرح معالجات انجام شده:

## **طرح درمان کلی بیمار مربوط به واحد درمان جامع**

بخش:

دانشجو:

شرح معالجات انجام شده:

بخش:

دانشجو:

شرح معالجات انجام شده:

بخش:

دانشجو:

شرح معالجات انجام شده: