# Data:

# Imię I nazwisko:

# Adres:

Kod pocztowy:

# Imie I nazwisko opiekuna/rodzica (jeśli dotyczy)

# Numer telefonu pacjenta:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Przed spotkaniem | | Na miejscu | |
| Data: Godzina: |  | |  | |
| Czy dzwoniłeś wcześniej na nr tel. 111 lub 999? Jeśli tak, to jaka poradę otrzymałeś? | Tak | Nie | Tak | Nie |
| Czy chorowałeś wcześniej na Covid-19? | Tak | Nie | Tak | Nie |
| Czy masz obecnie duszności lub inne trudności w oddychaniu? | Tak | Nie | Tak | Nie |
| Czy obecnie masz kaszel? lub czy miałeś uporczywy suchy kaszel w ciągu ostatnich 14 dni? | Tak | Nie | Tak | Nie |
| Wszelkie inne objawy grypopodobne, takie jak zaburzenia żołądkowo-jelitowe, ból głowy lub zmęczenie? | Tak | Nie | Tak | Nie |
| Czy doświadczyłeś ostatnio utraty smaku lub zapachu? | Tak | Nie | Tak | Nie |
| Czy masz kontakt z jakakolwiek osoba z pozytywnym wynikiem na COVID-19?  Pacjenci, którzy mają się dobrze, ale mają członka rodziny w domu chorującego na COVID-19, powinni poddać się kwarantannie i odłożyć leczenie planowane na później. | Tak | Nie | Tak | Nie |
| Czy masz 70 lat lub powyżej? | Tak | Nie | Tak | Nie |
| Czy cierpisz na jakakolwiek chorobę serca, płuc, chorobę nerek, cukrzycę lub inną przewlekłą chorobę zaburzenia autoimmunologiczne? | Tak | Nie | Tak | Nie |
| Czy w ciągu ostatnich 14 dni podróżowałeś do regionów dotkniętych COVID-19? (odpowiednio do Twojej lokalizacji) | Tak | Nie | Tak | Nie |
| Czy cierpiałeś lub jesteś w trakcie leczenia na raka? | Tak | Nie | Tak | Nie |
| Jesteś w ciąży? (kobiety) Jeśli tak, ile tygodni: | Tak | Nie | Tak | Nie |

**Positive responses to any of these would likely indicate a deeper discussion with the clinic before proceeding with elective dental/medical treatment.**

Medical history (including allergies, and medication)

Presenting complaint

History of presenting complaint and/or previous treatment:

## PAIN

Where is the pain coming from?

How long has pain been there?

Severity scale: 1 (no pain) - 10 (worst pain ever). 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Constant pain / does it come and go?

Has it kept you awake / does it get worse at night?

## SWELLING

Have you taken any painkillers? Yes No

Intraoral swelling? Size/duration

Extraoral swelling? Size/duration

Functional impairment caused by swelling (swallowing, breathing and trismus)

## BLEEDING

Source, duration, amount?

Recent extractions?

Previous bleeding problems (ask about anticoagulant medications/conditions)

## TRAUMA

How, Where, What, When?

Any loss of consciousness – have they visited A&E?

## OTHER

Ulcers – location, size, duration?

Orthodontic appliances – is it causing soft tissue trauma?

Additional notes (including any mobility or communication needs)