**Анкета по выявлению онкологических заболеваний полости рта,**

**глотки на ранней стадии**

Ф.И.О\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контакты (телефон, e-mail) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заполнения анкеты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ответьте на нижеследующие вопросы. Положительный ответ обозначьте знаком «да».

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Были ли у Ваших родственников выявлены опухолевые заболевания |  |
| 2. | Не замечали ли Вы у себя: |  |
|  | Беспричинных подъемов температуры |  |
|  | Появлений язв, эрозий, трещин или каких-либо образований на слизистой полости рта, языке, губах |  |
|  | Стойкого снижения звучности голоса или охриплости, чувство инородного тела |  |
|  | Прощупывание у себя опухолевых образований в мягких тканях лица, на шее |  |
|  | Утолщение языка, деформации языка, десен |  |
|  | Затруднение глотания, жевания, речи |  |
|  | Длительнонезаживающих язвы в полости рта, на губах, языке |  |
|  | Увеличение лимфаузлов в области головы и шеи |  |
|  | Стойкого ухудшения аппетита, неприятие каких-либо видов пищи |  |
|  | Разрастаний слизистой оболочки в полости рта, на языке |  |
|  | Беспричинной потери веса (более чем на 10% за последние 6 месяцев) |  |
| 3. | Имеется ли у Вас контакт слизистой оболочки полости рта с вредными факторами (курение, химические вещества) |  |
| 4. | Имеется ли у Вас травматический фактор в полости рта (травмирующие пломбы, мостовидные протезы) |  |

Распечатанный и заполненный бланк анкеты можно принести при обращении на прием к врачу-стоматологу, врачу-терапевту.