Анкета о здоровье полости рта

 Опрос проводится с целью изучения стоматологического здоровья студенческой молодежи различных регионов Российской Федерации.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 |  Ваш возраст (укажите полных лет) |  |
| 2 | Ваш пол |  |
| 3 | Являетесь ли Вы жителем СПб | Да | Нет |
| 4 | Ваш город/ населенный пункт, из которого Вы приехали |  |
| 5 | В каком учебном заведении Вы обучаетесь | ССУЗ | ВУЗ |
| 6 | Вы проживаете в общежитии | Да | Нет |
| 7 |  Как Вы оцениваете степень осведомленности о состоянии своего здоровья  | высокая | средняя | низкая |

|  |
| --- |
| 8. Из каких источников вы получаете информацию по вопросам здоровья: (выберите ответ) |
| Телевидение/радио |  |
| Газеты/журналы |  |
| Специальные занятия в школе и других учебных заведениях |  |
| Консультации медицинских работников |  |
|  Специальные брошюры, плакаты |  |
| Члены семьи/родители |  |
| Интернет |  |
| Друзья, знакомые, сверстники |  |
| Информацией о здоровье я пока не интересуюсь |  |

|  |
| --- |
| 9. Как бы вы оценили состояние Ваших зубов и десен? (прочитайте все пункты) |
|  | Зубы | Десны |
| Отличное |  |  |
| Очень хорошее |  |  |
| Хорошее |  |  |
| Удовлетворительное |  |  |
| Плохое |  |  |
| Очень плохое |  |  |
| Не знаю |  |  |

|  |
| --- |
| 10. Как часто Вы чистите зубы? (выберите один ответ) |
| Никогда | 1 |
| Несколько раз в месяц (2-3 раза) | 2 |
| Один раз в неделю | 3 |
| Несколько раз в неделю (2-6 раз) | 4 |
| Один раз в день | 5 |
| Два и более раз в день | 6 |

|  |
| --- |
| 11. Используете ли Вы следующие средства для чистки зубов?(выберите один ответ) |
|  | Да | Нет |
| Зубная щетка |  |  |
| Деревянные зубочистки |  |  |
| Пластмассовые зубочистки |  |  |
| Зубная нить (флосс) |  |  |
| Другие |  |  |
| Пожалуйста, уточните |  |

|  |
| --- |
| 12. Употребляете ли Вы жевательную резинку (выберете один ответ) |

|  |  |
| --- | --- |
| Никогда |  |
| Несколько раз в месяц (2-3 раза) |  |
| Один раз в неделю |  |
| Несколько раз в неделю (2-6 раз) |  |
| Один раз в день |  |
| Два и более раз в день |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 13. | Да | Нет |
| Используете ли Вы зубную пасту при чистке зубов? |  |  |
|  Применяете ли Вы зубную пасту, содержащую фторид? |  |  |
| Не знаю |  |

|  |
| --- |
| 14. Испытывали ли Вы следующие проблемы с зубами или полостью рта за последний год? |
|  | Да | Нет | Не знаю |
| Я не удовлетворен внешним видом своих зубов |  |  |  |
| Я стараюсь не улыбаться и не смеяться из-за проблем с зубами.  |  |  |  |
| Затруднения при разговоре /произношении слов |  |  |  |
| Я испытываю затруднения при откусывании пищи |  |  |  |
| Я испытываю затруднения при жевании |  |  |  |
|  Зубную боль  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 15. Как часто Вы употребляете следующие продукты питания и напитки, даже в малых количествах? (прочитайте все пункты)  |
|  | Несколькоразв день | Каждыйдень | Несколькораз в неделю | Одинраз внеделю | Несколькораз в месяц | редко/никогда |
|  Свежие фрукты  |  |  |  |  |  |  |
| Бисквитное печенье,пирожные, торты,сладкие пироги, сдобу |  |  |  |  |  |  |
| Варенье или мед |  |  |  |  |  |  |
| Жевательную резинкус сахаром |  |  |  |  |  |  |
| Конфеты / леденцы |  |  |  |  |  |  |
| Лимонад, Кока-колу или другие сладкие напитки |  |  |  |  |  |  |
| Молоко с сахаром |  |  |  |  |  |  |
| Чай с сахаром |  |  |  |  |  |  |
| Кофе с сахаром |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 16. Как часто Вы употребляете следующие виды психоактивных веществ: (прочитайте все пункты) |
|  | Каждыйдень | Несколькораз в неделю | Одинраз внеделю | Несколькораз в месяц | Редко | Никогда |
| Табачные изделия (напрмер сигареты) |  |  |  |  |  |  |
| Спайсы |  |  |  |  |  |  |
| Курительная трубка электронная |  |  |  |  |  |  |
| Слабоалкогольные напитки (например пиво) |  |  |  |  |  |  |
| Крепкий алкоголь |  |  |  |  |  |  |
| Наркотические вещества (например каннабис) |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 17. Как часто Вы посещали врача-стоматолога за последние 12 месяцев? (выберите ответ) |
| 1 раз |  |
| 2 раза |  |
| 3 раза |  |
| 4 раза |  |
| 5 раз и более |  |
| Я не посещал (а) стоматолога за последние 12 месяцев |  |
| Я никогда не посещал (а) стоматолога |  |
| Не знаю / не помню |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 18 . Планируете ли Вы дальнейшее лечение /наблюдение у врачей-стоматологов нашей поликлиники? | Да | Нет |

Благодарим Вас за участие в опросе. Предоставленная информация необходима для улучшения программ профилактики стоматологических заболеваний, в которой принимают участие наши врачи!