

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) | | | | | | |
|---|----------------------|-------------|------------------------|-------------------|-----------------------|---------------|
| | Несколько раз в день | Каждый день | Несколько раз в неделю | Один раз в неделю | Несколько раз в месяц | редко/никогда |
| Свежие фрукты | | | | | | |
| Бисквитное печенье, пирожные, торты, сладкие пироги, сдобу | | | | | | |
| Варенье или мед | | | | | | |
| Жевательную резинку с 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) | | | | | | |
|---|-------------|------------------------|-------------------|-----------------------|-------|---------|
| | Каждый день | Несколько раз в неделю | Один раз в неделю | Несколько раз 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!