

Визуальный скрининг онкостоматологических заболеваний

Дата онкоскрининга: « ____ » _____ 20____ г

ФИО пациента _____

Факторы риска: курение, частое употребление алкоголя, предраковое заболевание СОПР,
вирус папилломы человека, хронический кандидоз СОПР, др.

Данные осмотра:

Лицо (симметрия, кожа): без изменений;
изменено _____

Регионарные лимфатические узлы (подчелюстные, подбородочные, передние шейные,
задние шейные, надключичные): без изменений;
изменены _____

Слюнные железы (околоушные, подъязычные, сублингвальные): без изменений;
изменены _____

Щитовидная железа: без изменений; изменена _____

Красная кайма губ: без изменений; изменена _____

Слизистая оболочка щек: без изменений;
изменена _____

Слизистая оболочка твердого неба: без изменений;
изменена _____

Слизистая оболочка подъязычной области: без изменений;
изменена _____

Язык (слизистая оболочка, подвижность): без изменений;
изменена _____

Миндалины, зев: без изменений;
изменены _____

Голос: без изменений; изменен _____

Подпись врача: _____ / _____ (Ф.И.О. и подпись)