

CHESTIONAR EVALUARE STARE GENERALĂ

CITIȚI CU ATENȚIE ȘI COMPLETAȚI CORECT¹

Nume..... Prenume..... sex..... data nașterii: ___/___/___

Este posibil să fiți gravidă²? da nu
- dacă sunteți gravidă, ce vârstă are sarcina?.....săptămâni
- data ultimei menstruații: ___/___/200_

Suferiți de alergii sau intoleranțe medicamentoase sau nemedicamentoase? da nu

- sunt alergic(ă) la.....
- am intoleranță la.....

Urmați vreun tratament medical (medicamentos, fitoterapic, homeopatic)? da nu

- sunt în tratament cu (produsul, doza).....

Ați urmat vreun tratament cu antibiotice în ultimele două săptămâni? da nu

- am urmat un tratament cu antibioticul.....doza.....
pentru afecțiunea.....

Suferiți sau ați suferit de vreo afecțiune acută sau cronică?..... da nu

- boli profesionale.....
- boli de inimă: angină pectorală, infarct miocardic, valvulopatii, endocardită, durere, sufocare sau palpitații la efort, altele.....
- boli vasculare: arteriopatii, varice, (trombo)flebite, embolii, hipertensiune arterială, hipotensiune arterială, altele.....
- boli ale plămânilor și căilor respiratorii: TBC, bronșită cronică, astm, silicoză, altele.....
- boli digestive: gastrită, ulcer, reflux esofagian, hernie hiatală, altele.....
- boli hepatice: hepatită, ciroză, altele.....
- boli renale: insuficiență renală, altele.....
- boli metabolice: diabet zaharat, gută, altele.....
- boli endocrine: hipertirodism, feocromocitom, altele.....
- boli neurologice: epilepsie, altele.....
- boli ale scheletului: afecțiuni ale coloanei, altele.....

²Vor completa doar persoanele de sex feminin aflate la vârstă fertilă

- boli psihice: depresii, fobii, altele.....
- boli hematologice: sângerări ușor sau faceți echimoze (vânățai) la traumatisme minore sau periaj dentar, hemofilie, anemie, leucemie, altele.....
- alte boli.....

Suferiți de vreuna dintre următoarele boli infecțioase? da nu

- sufăr de: hepatită cronică virală B, C, D?
infecție cu virusul HIV, SIDA, AIDS
alte infecții cronice.....

Ați primit vreodată sânge sau produse din sânge? da nu

- cu ce ocazie.....

Vi s-au mai efectuat tratamente stomatologice? da nu

- mi s-au realizat tratamente stomatologice: fără anestezie, cu anestezie locală, cu anestezie locală și sedare inhalatorie, cu anestezie locală și sedare intravenoasă, cu anestezie generală

La tratamentele și anesteziile stomatologice anterioare au apărut accidente sau incidente? da nu

- au apărut: leșin, greață, alergii, altele.....

Vi s-au efectuat intervenții chirurgicale? da nu

- mi s-au efectuat următoarele intervenții chirurgicale.....
- am primit următoarele tipuri de anestezie: loco-regională, sedare inhalatorie, sedare intravenoasă, generală

Fumați? da nu

- fumez.....țigarete (țigări pipă) pe zi de.....ani

Consumați regulat băuturi alcoolice? da nu

- ce tip.....ce cantitate.....
- aveți probleme dacă întrerupeți consumul? da nu

Consumați droguri? da nu

- ce tip.....ce cantitate.....sunteți dependent? da nu

Certific că am citit și înțeles pe deplin cele de mai sus și declar că datele furnizate de mine în acest formular sunt adevărate și complete. Imi asum responsabilitatea pentru orice incidente sau complicații care pot apărea în eventualitatea că aceste date sunt false sau incomplete.

Cabinet.....
Medic curant.....
Pacient..... CNP

DECLARAȚIE

Subsemnatul..... menționez că mi-a fost explicat pe înțelesul meu diagnosticul, planul de tratament și costul estimativ și îmi asum și însușesc tratamentele propuse și voi respecta indicațiile date. Am luat la cunoștință despre eventualele riscuri, accidente și complicații care pot interveni pe parcursul tratamentului și după finalizarea lui și declar în deplină cunoștință de cauză că mi le însușesc în totalitate, așa cum mi-au fost explicate de Dr.....

Data

Semnătura pacientului
(aparținătorului, în cazul pacienților minori)