



# CABINETE ASOCIATE AF STOMATOLOGIE „2D”

## CHESTIONAR DE EVALUARE A

### STĂRII GENERALE DE SĂNĂTATE (C.M.D.R.)

Vîrsta \_\_\_\_\_ Înălțimea \_\_\_\_\_ Greutatea \_\_\_\_\_ Dizabilități înnăscute și / sau dobândite: \_\_\_\_\_  
 Profesia \_\_\_\_\_ Locul de muncă \_\_\_\_\_ Pensionar din data de \_\_\_\_\_  
 Medic de familie \_\_\_\_\_ Adresa \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Medic specialist \_\_\_\_\_

Înainte de a începe orice fel de tratamente stomatologice este necesară cunoașterea sănătății dumneavoastră generale. Dacă aveți neclarități, întrebați personalul medical înainte de completare. **Declarația se face pe proprie răspundere și este certificată de semnătura dumneavoastră. Toate datele dumneavoastră medicale cuprinse în declarație sunt confidențiale și protejate.**

**DATE GENERALE DE SĂNĂTATE: BIFAȚI cu X în ABSOLUT TOATE căsuțele:**  da SAU  nu, conform sănătății dumneavoastră.

**Stări fiziologice femei (Atenție, se completează doar de persoanele de sex feminin aflate în perioada fertilă)**

Sunteți / este posibil să fiți gravidă?  da  nu Dacă da, precizați ce vîrstă are sarcina (în săptămîni sau luni) \_\_\_\_\_

Aveți tulburări majore în perioada ciclului menstrual?  da  nu Dacă da, precizați ce anume \_\_\_\_\_

Suferiți de alergii / intoleranțe la medicamente / sau la alte produse?  da  nu Dacă da, precizați la ce: \_\_\_\_\_

Urmați tratamente (medicamentoase, homeopatice, fitoterapeutice, etc.)?  da  nu Dacă da, ce medicament / produs și doza administrată: \_\_\_\_\_

Ați urmat un tratament cu antibiotice în ultimele două săptămîni?  da  nu Dacă da, ce antibiotic și doza: \_\_\_\_\_

Urmați tratamente cu anticoagulante?  da  nu Dacă da, ce anticoagulant \_\_\_\_\_ doza administrată: \_\_\_\_\_ valoarea INR: \_\_\_\_\_

Urmați tratamente cu bifosfonati: (de exemplu Fosamax, Fosavance, Actonel, Bonviva, Zometa, Aclasta, etc.)?  da  nu Dacă da, precizați:

a) ce bifosfonat și doza administrată: \_\_\_\_\_ b) calea de administrare:  intravenoasă;  orală.

c) de cît timp urmați acest tratament (luni / ani) \_\_\_\_\_ d) valoarea  $\beta$  cross-laps: \_\_\_\_\_

Suferiți de: Boli congenitale:  da  nu Dacă da, care \_\_\_\_\_ Boli profesionale:  da  nu Dacă da, care \_\_\_\_\_

**BOLI ACUTE ȘI / SAU CRONICE: BIFAȚI cu X în căsuța  DOAR DACĂ SUFERIȚI DE RESPECTIVA AFECȚIUNE !!!**

- boli de inimă:  angină pectorală;  infarct miocardic (precizați cînd: \_\_\_\_\_)  aritmii. Ce fel: Fibrilație, etc. \_\_\_\_\_

insuficiență cardiacă (precizați clasa NYHA \_\_\_\_\_)  valvulopatii (precizați ce fel \_\_\_\_\_)  blocuri \_\_\_\_\_

endocardită infecțioasă;  intervenții chirurgicale cardiace (precizați ce fel \_\_\_\_\_ anul \_\_\_\_\_)  altele \_\_\_\_\_

- boli vasculare:  arteriopatie obliterantă;  tromboflebită;  hipotensiune arterială

hipertensiune arterială (precizați cea mai mare valoare tensională avută \_\_\_\_\_ mmHg)

accident vascular cerebral (precizați cînd: \_\_\_\_\_);  altele: precizați ce fel \_\_\_\_\_

- boli respiratorii:  astm bronșic  emfizem pulmonar  bronșită cronică;  TBC (precizați tratamentul \_\_\_\_\_);  altele: \_\_\_\_\_

- boli digestive:  gastrită;  ulcer gastro-duodenal  altele: \_\_\_\_\_

- boli hepatice:  steatoză hepatică;  hepatită cronică;  ciroză;  altele: \_\_\_\_\_

- boli renale:  insuficiență renală acută  insuficiență renală cronică cu hemodializă  altele: \_\_\_\_\_

- diabet:  tratament cu anti-diabetice orale  tratament cu insulină injectabilă

- boli endocrine:  hipotiroidie;  hipertiroidie;  altele: \_\_\_\_\_

- boli reumatismale:  poliartrită reumatoidă;  colagenoze;  altele: \_\_\_\_\_

- boli scheletale:  osteoporoză;  altele: \_\_\_\_\_ boli neurologice:  Epilepsie;  Parkinson  altele: \_\_\_\_\_

- boli psihice:  depresie;  schizofrenie;  altele: \_\_\_\_\_ manifestări neuro-vegetative:  atacuri de panică  altele: \_\_\_\_\_

- boli hematologice:  anemie;  talasemie;  leucemie acută;  leucemie cronică;  hemofilie \_\_\_\_\_ tipul \_\_\_\_\_

trombocitopenie;  boala von Willebrand;  altele: \_\_\_\_\_

- boli infecțioase:  hepatită virală A  Hepatita B  Hepatita C  Hepatita D  Hepatita E  HIV,  altele: \_\_\_\_\_

- boli neoplazice / maligne  organul afectat \_\_\_\_\_ tratament citostatic  : \_\_\_\_\_ tratament radiant:  \_\_\_\_\_

Alte boli de care suferiți \_\_\_\_\_ Precizați tratamentele luate \_\_\_\_\_

Ați mai fost supus(ă) la intervenții chirurgicale?  da Dacă da, precizați ce fel de operație \_\_\_\_\_ anul \_\_\_\_\_

Dacă da, precizați tipul de anestezie:  loco-regională;  sedare ușoară;  anestezie generală;  altul: \_\_\_\_\_

Dacă da, precizați dacă în timpul sau după intervenția chirurgicală au apărut incidente  da Dacă da, ce fel \_\_\_\_\_

Ați primit în timpul sau după intervenția chirurgicală transfuzii de sînge și / sau de derivate:  da  nu

**TRATAMENTE STOMATOLOGICE: BIFAȚI cu X în ABSOLUT TOATE căsuțele:**  da SAU  nu, conform sănătății dumneavoastră dentare.

Ați mai efectuat pînă în prezent tratamente stomatologice?  da  nu

Dacă da, precizați cu X tipul de anestezie  fără anestezie,  cu anestezie locală,  cu anestezie locală și sedare inhalatorie,

cu anestezie locală și sedare intravenoasă,  cu anestezie generală.

Dacă da, precizați dacă în timpul sau după anestezia stomatologică au apărut incidente / complicații  da  nu

Dacă da, precizați cu X ce fel de accidente ați suferit:  leșin,  greață,  alergii,  altele \_\_\_\_\_

Sunteți consumator de 1---n din substanțele de mai jos  da  nu Ați fost consumator al 1---n din substanțele de mai jos  da  nu :

- de tutun?:  da  nu (Dacă da, precizați cantitatea \_\_\_\_\_ și cît timp fumați / ați fumat): \_\_\_\_\_

- de alcool?:  da  nu (Dacă da, precizați cantitatea \_\_\_\_\_ și cît timp consumați alcool / ați consumat alcool): \_\_\_\_\_

- de droguri?  da  nu (Dacă da, precizați ce drog / droguri \_\_\_\_\_ cantitatea \_\_\_\_\_ și cît timp utilizați / ați utilizat) \_\_\_\_\_

**CERTIFIC CĂ AM CITIT ȘI ÎNȚELES PE DEPLIN CELE DE MAI SUS ȘI DECLAR CĂ DATELE FURNIZATE ÎN ACEST CHESTIONAR SUNT REALE ȘI COMPLETE. ÎMI ASUM ÎNTREAGA RESPONSABILITATEA PENTRU INCIDENTE ȘI/SAU COMPLICAȚII CE POT APĂREA DACĂ ACESTE DATE SUNT FALSE SAU INCOMPLETE.**

### CONSIMȚĂMÎNT PENTRU PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL (C.M.D.R.)

Subsemnatul/a (sau reprezentantul legal al.....) îmi exprim în mod expres și neechivoc acordul ca medicii / personalul medical al Cabinetelor Asociate AF Stomatologie „2D” să prelucreze datele cu caracter personal furnizate de mine (inclusiv date biometrice, date privind sănătatea, toate comunicate în scopul tratamentelor stomatologice de specialitate și / sau a statisticii medicale interne) și enumerate în Nota de informare pentru pacienți afișată în sala de așteptare și pe site-ul [www.dentistdavid.ro](http://www.dentistdavid.ro), pe care am citit-o și am luat-o la cunoștință.

Acest Consimțămînt poate fi retras ulterior semnării sale printr-o cerere scrisă adresată Cabinetelor AF Stomatologie „2D” și înțeleg că ea se va soluționa în termen de 15 zile de la data depunerii. Mă oblig deasemenea să aduc la cunoștință imediat Cabinetelor AF Stomatologie „2D” orice modificare a datelor cu caracter personal furnizate.

Data.....

Semnătura pacientului (sau reprezentantului legal).....

Cele 2 formulare de pe această pagină sunt obligatorii pentru primirea în tratament, ele fiind afișate în sala de așteptare și pe site-ul [www.dentistdavid.ro](http://www.dentistdavid.ro)

Se completează în mod identic, în continuare, formularul obligatoriu Acordul pacientului informat tipărit pe verso .

Versionua 2019