



CABINETE ASOCIATE AF STOMATOLOGIE „2D”

A. CHESTIONAR DE EVALUARE A

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

Vârsta _____ 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 vârstă are sarcina (în săptămâni 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 săptămâni? 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 cât timp urmați acest tratament (luni / ani) _____ d) valoarea β 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 când: _____) 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 când: _____); 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 sânge 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 cât timp fumați / ați fumat): _____

- de alcool?: da nu (Dacă da, precizați cantitatea _____ și cât 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.

B. CONSIMȚĂMÎNT PENTRU PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL (C.M.D.R., 2020)

Subsemnatul/ă (sau reprezentantul legal al.....) îmi exprim în mod expres și neechivoc acordul ca medicii / personalul medical ai CA AF Stoma „2D” și/sau ai MedXray să prelucrez 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) conform enunțurilor din Nota de informare pentru pacienți afișată în sala de așteptare și pe site-ul www.dentistdavid.ro, pe care am citit-o și am luat-o la cunoștință.

Aceste date au fost declarate de mine în mod direct sau furnizate în mod indirect ca urmare a solicitării și primirii rezultatelor radiologice realizate de firma MedXray la care am fost trimis.

Acest Consimțământ poate fi retras (total sau parțial) ulterior semnării sale, printr-o cerere scrisă adresată CA AF Stoma „2D” și / sau firmei MedXray și înțeleg că cererea se va soluționa în termen de 15 zile de la data depunerii. Mă oblig deasemenea să aduc la cunoștință imediat CA AF Stoma „2D” și/sau MedXray 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

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

Versiunea 2020