

CHESTIONAR MEDICAL

Nume Ocupație
Data nașterii / / Loc. de muncă
Stare civilă: casatorit/ă necasatorit/ă Adresa locului de muncă
Sex: m f
Adresa Telefon
.....
Telefon

Răspundeți întrebărilor încercuind "DA" sau "NU" și completați spațiile libere când este indicat. Răspunsurile sunt considerate confidențiale.

Înălțime Greutate

- DA NU Starea dvs. de sănătate este bună?
- DA NU În ultimul timp ați întâmpinat schimbări privind sănătatea dvs.?
Când ați fost la ultimul control medical?
- DA NU Acum sunteți în tratament sau sub urmărirea unui medic? Dacă da, explicați condițiile existente de tratament:
.....
Numele și adresa medicului curant / de familie
- DA NU Suferiți de o afecțiune gravă sau ați fost operat? Dacă da, explicați afecțiunea / operația:
.....
- DA NU Ați fost spitalizat sau ati avut o afecțiune gravă în ultimii 5 ani? Dacă da, explicați:
.....

Bifați dacă aveți sau ați avut una din următoarele boli / probleme:

- leziuni cardiace congenitale
- reumatism cardiac
- boli cardiovasculare: infarct miocardic angină pectorală cardiopatie ischemică
 hipertensiune arterială arteroscleroză hipotensiune arterială
- murmur cardiac
- proteză valvulară
- peace-marker cardiac
- intervenții chirurgicale pe cord
- sunt artificial
- accident vascular cerebral
- anemie
- hemofilie
- siclemie
- leucemie
- boli tiroidiene
- glaucom



adadent

CLINICĂ STOMATOLOGICĂ

- dificultăți de respirație când stați întinși (folosiți perne în plus când dormiți)
- astm
- emfizem pulmonar
- tuberculoză
- tuse persistentă și expectorații cu sânge
- dureri la nivelul articulației temporo-mandibulare
- gingivoragii
- despicătură labio-palatină
- tulburări auditive
- alergii
- febra fanului
- urticarie / ras cutanat
- diabet
- urinați de mai mult de 6 ori / zi
- vă este sete mai tot timpul
- gura este frecvent uscată
- hepatita (A, B, C) sau afecțiuni ale ficatului
- SIDA
- artrită
- reumatism inflamator (dureri articulare)
- ulcer gastric
- afecțiuni renale
- boli venerice
- prezentați o invaliditate
- ați urmat: radio cobaltoterapie
- chimioterapie
- corticoterapie
- tratament psihiatric
- reumatism inflamator (dureri articulare)
- ulcer gastric

Altele

DA NU Ați avut sângerari anormale la extracții, traumatisme sau după intervenții chirurgicale?

DA NU Vă învineți ușor?

DA NU Vi s-a efectuat transfuzie de sânge? Dacă da, explicați circumstanțele

DA NU Aveți cancer / tumoră?

DA NU Ați avut o intervenție chirurgicală, tratament radiant pentru o tumoră sau excrescența la nivelul capului / gâtului?

DA NU Luați medicamente sau droguri? Dacă da, ce anume:

DA NU Luați unul din următoarele medicamente?

DA NU Antibiotice

DA NU Sulfamide

- DA NU Anticoagulante
 DA NU Medicatie hipotensoare
 DA NU Corticosteroizi
 DA NU Tranchilizante
 DA NU Aspirină
 DA NU Insulină, tolbutamidă sau alte antibiotice
 DA NU Digitalice sau medicație pentru afecțiuni cardiace
 DA NU Nitroglicerină
 DA NU Anticoncepționale, medicație hormonală
Altele

- DA NU Sunteți alergic sau prezentați reacții adverse la următoarele medicamente?
 DA NU Anestezice locale
 DA NU Penicilină sau alte antibiotice
 DA NU Sulfamide
 DA NU Barbiturice, sedative, somnifere
 DA NU Aspirină
 DA NU Iodină
 DA NU Codeină sau alte narcotice
Altele

- DA NU Lucrați într-un mediu ce vă expune regulat la radiații X sau alte radiații ionizante?
 DA NU Purtați lentile de contact?
 DA NU Ați slăbit sau v-ați îngrășat mai mult de 10 kg în ultimii ani?
 DA NU Vă treziți uneori din cauza dificultăților respiratorii?
 DA NU Urmați o dietă specială?
 DA NU Suferiți de o afecțiune ce nu a fost enumerată mai sus? Dacă da, explicați:
.....

- DA NU Ați avut probleme serioase legate de tratamentele stomatologice anterioare?
Dacă da, explicați:
.....

- DA NU Ultimul rezultat al controlului stomatologic
- DA NU Ați urmat un tratament ortodontic?
 DA NU Ați urmat un tratament parodontal (gingivită, periodontită, pioree, stomatită)?
 DA NU Vă sângerează gingia la periaj?
 DA NU Vă încleștați maxilarele sau vă frecați dinții?
 DA NU Prezentați frecvent dureri de dinți?
 DA NU Prezentați frecvent leziuni dureroase la nivelul cavității bucale?
 DA NU Ați suferit vreun traumatism la nivelul cavității bucale? Dacă da, explicați:
.....
- DA NU Ați prezentat puncte dureroase, tumefacții la nivelul buzelor, tegumentelor sau mucoasei bucale?



adadent

CLINICĂ STOMATOLOGICĂ

Femei

- DA NU Sunteți însărcinată?
 DA NU Practicați controlul sarcinii / sau luați anticoncepționale?
 DA NU Anticipați o viitoare sarcină?

După cunostințele mele, toate răspunsurile anterioare sunt corecte și adevărate. În cazul în care starea mea de sănătate sau medicația se vor schimba, voi informa medicul stomatolog imediat la următoarea programare.

Data: / /

Semnătura pacientului

Semnătura doctorului

DECLARATIE

Subsemnatul domiciliat în orașul
strada nr. bl. ap. declar pe proprie răspundere că
sunt de acord cu diagnosticele constatate și precizate în urma consultației medicale a medicului
stomatolog și îmi asum și însușesc pe deplin tratamentele
indicate și aplicate.

Menționez ca am luat la cunoștință despre eventualele riscuri, accidente și complicații care pot
interveni în timpul tratamentelor aplicate, inclusiv a extracțiilor dentare, anesteziilor, inciziilor,
chiuretajelor, pulpectomiilor, și a tuturor tratamentelor preprotetice, proprotetice și protetice și
declar în deplină cunoștință de cauză că mi le însușesc în totalitate.

Materialele necesare tratamentelor stomatologice au fost alese cu acordul meu, ținându-se cont
de raportul calitate/preț și de posibilitățile mele materiale, asumându-mi și însușindu-mi astfel
alegerea lor.

Extracțiile dentare au fost efectuate cu acordul meu, fără rezerve și la solicitarea explicită a mea.

Accept fără rezerve planul de tratament protetic și sunt întrutotul de acord cu calitatea, aspectul,
morfologia și funcționalitatea lucrărilor protetice efectuate.

Accept, îmi însușesc și îmi asum pe deplin toate indicațiile terapeutice și profilactice primite
înaintea, în timpul și după efectuarea tratamentelor, inclusiv a rețetelor medicale prescrise cât și
a indicațiilor de igienă a aparatului dentomaxilar.

Act de identitate seria nr. CNP

La aceasta dată nu am asupra mea actul de identitate
semnătura

DATA: / /

SEMNĂTURA