

CHESTIONAR DE EVALUARE A STĂRII GENERALE (F)

Subsemnatul(a) domiciliat
în legitimat cu Act serie, număr,
telefon, email, data de naștere,
în calitate de: Pacient prezentat(ă) la DentoSanMed, declar pe propria răspundere următoarele:

1. Sunteți/este posibil să fiți gravidă?

Da Nu

Dacă sunteți gravidă, precizați ce vârstă are sarcina (în săptămâni)

.....

2. Sunteți în perioada ciclului menstrual?

Da Nu

3. Suferiți de alergii sau intoleranțe medicamentoase sau nemedicamentoase?

Da Nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați la ce anume:

.....

4. Urmați un anumit tratament (medicamentos, homeopatic, fitoterapic etc.)?

Da Nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați medicamentul/produsul și doza administrată:

.....

5. Ați urmat tratament cu antibiotice în ultimele două săptămâni?

Da Nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați medicamentul și doza:

.....

6. Urmați tratament cu anticoagulante?

Da Nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați:

a) medicamentul și doza administrată:

b) valoarea INR:

.....

7. Urmați tratament cu: Fosamax, Fosavance, Actonel, Bonviva, Zometa, Aclasta (bifosonați)?

Da Nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați:

a) medicamentul și doza administrată:

b) calea de administrare:

c) de cât timp urmați acest tratament (luni/ani)

d) valoarea β cross-laps:

.....

8. Suferiți sau ați suferit de vreo boală acută sau cronică?

Da Nu

.....

9. Suferiți de boli congenitale?

Da Nu

Dacă răspunsul este afirmativ precizați de care:

.....

10. Suferiți de boli profesionale?

Da Nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați de care:

.....

11. Suferiți de boli de inimă?

- Angină pectorală
- Infarct miocardic (precizați când)
- Aritmii (fibrilație etc.)
- Blocuri
- Insuficiență cardiacă (precizați clasa NYHA)
- Valvulopatii (precizați care)
- Endocardită infecțioasă
- Intervenții chirurgicale cardiace (precizați)
- Altele (precizați)
- Nu

Detalii:

.....

12. Suferiți de boli vasculare?

- Arteriopatie obliterantă
- Tromboflebită
- Hipotensiune arterială
- Hipertensiune arterială (precizați cea mai mare valoare tensională avută - mmHg)
- Accident vascular cerebral (precizați când)
- Altele (precizați care)
- Nu

Detalii:

.....

13. Suferiți de boli ale aparatului respirator?

- Astm bronșic
 - Emfizem
 - Bronșită cronică
 - TBC (precizați dacă ați urmat tratament)
 - Altele (precizați care)
 - Nu sufer de boli ale aparatului respirator
-

14. Suferiți de boli digestive?

- Gastrite/ulcer gastro-duodenal
- Altele (precizați care)
- Nu sufer de boli digestive

Detalii:

.....

15. Suferiți de boli hepatice?

- Steatoză hepatică
 - Hepatita cronică
 - Ciroză
 - Altele (precizați care)
 - Nu sufer de boli hepatice
-

16. Suferiți de boli renale?

- Insuficiență renală (precizați dacă urmați hemodializă)
- Altele (precizați care)
- Nu sufer de boli renale

Detalii:

.....

17. Suferiți de diabet?

- Tratament cu insulină
- Tratament cu antidiabetice orale
- Nu

Detalii:

.....

18. Suferiți de boli endocrine?

- Nu
 - Hipotiroidie
 - Hipertiroidie
 - Altele (precizați care)
-

19. Suferiți de boli reumatismale?

- Nu
 - Poliartrită reumatoidă
 - Colagenoze
 - Altele (precizați care)
-

20. Suferiți de boli scheletale?

- Nu
 - Osteoporoză
 - Altele (precizați care)
-

21. Suferiți de boli neurologice?

- Nu
 - Epilepsie
 - Altele (precizați care)
-

22. Suferiți de boli psihice?

- Nu
 - Depresie
 - Schizofrenie
 - Altele (precizați care)
-

23. Suferiți de manifestări neuro-vegetative?

- Nu
 - Atacuri de panică
 - Altele (precizați care)
-

24. Suferiți de boli hematologice?

- Nu
 - Anemie
 - Talasemie
 - Leucemie acută
 - Leucemie cronică
 - Hemofilie
 - Trombocitopenie
 - Boala von Willebrand
 - Altele (precizați care)
-

25. Suferiți de boli infecțioase?

- Hepatită virală
 - Hepatita B
 - Hepatita C
 - Hepatita D
 - HIV
 - Altele (precizați care)
 - Nu
-

26. Suferiți de neoplasme?

- Da Nu

Detalii:

.....

27. Suferiți de alte boli?

Da Nu

Precizați care:

.....

28. Ați mai fost supus(ă) unor intervenții chirurgicale?

Da Nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați ce intervenție(i):

.....

29. La ce tip de anestezie ati mai fost supus(ă)?

- Loco-regională
- Sedare
- Generală
- Altul (precizați care)
- Niciuna

Detalii:

.....

30. În timpul sau după alte intervenții chirurgicale au apărut incidente?

NU

Detalii:

.....

31. Ați primit transfuzii de sânge/derivate?

Da Nu

32. Vi s-au mai efectuat tratamente stomatologice?

Da Nu

33. Ce tip de anestezie a fost folosită pentru celelalte tratamente stomatologice?

Detalii:

.....

34. La tratamentele stomatologice anterioare au apărut accidente/incidente sau complicații la utilizarea anesteziei?

- Nu am mai beneficiat de alte tratamente stomatologice
- Fără anestezie
- Anestezie locală
- Anestezie locală și sedare inhalatorie
- Anestezie locală și sedare intravenoasă
- Anestezie generală
- Nu

Detalii:

.....

35. Sunteți/ați fost consumator de tutun?

Da Nu

Precizați ce cantitate și cât timp ați fumat/fumați):

.....

36. Sunteți/ați fost consumator de alcool?

Da Nu

Precizați ce cantitate și cât timp ați consumat/consumați alcool:

.....

37. Ați avut problema atunci când nu ați mai consumat alcool?

Nu

Detalii:

.....

38. Sunteți/ați fost consumator de droguri?

Da Nu

Precizați ce drog/droguri ați utilizat/utilizați:

.....

Îmi asum întreaga responsabilitate pentru incidente sau complicații ce pot să apară în eventualitatea că aceste date sunt false sau incomplete. Certific că am citit și înțeles pe deplin cele de mai sus și declar că datele furnizate de mine în acest chestionar sunt reale și complete

Data completării

Semnătură declarant

07.02.2017