Dentasis
CABINET STOMATOLOGIC CLUJ

Str. Agricultorilor nr. 1, spațiul comercial nr. 8 (parter Flora Parc)
Cartier Mănăștur, Cluj-Napoca
Tel. 0740 268 335 / 0742 138 500
dentasis@yahoo.com · dentasis.ro

Chestionar medical

Răspundeți întrebărilor bifând „DA” sau „NU” și completați spațiile libere când este indicat. Răspunsurile sunt considerate confidențiale.

Date personale

Nume și prenume .....

Data nașterii .....

Stare civilă ☐ căsătorit/ă ☐ necăsătorit/ă

Ocupație .....

Sex ☐ masculin ☐ feminin

Loc de muncă .....

Adresa .....

Adresa locului de muncă .....

.....

.....

Telefon .....

Telefon serviciu .....

Înălțime ____ cm Greutate ____ kg

Starea generală de sănătate

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

Afecțiuni

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

- ☐ leziuni cardiace congenitale
- ☐ reumatism cardiac
- ☐ murmur cardiac
- ☐ alergii
- ☐ proteză valvulară
- ☐ febra fânului
- ☐ pacemaker cardiac
- ☐ urticarie / rash cutanat
- ☐ intervenții chirurgicale pe cord
- ☐ diabet
- ☐ șunt artificial
- ☐ urinați de mai mult de 6 ori / zi
- ☐ accident vascular cerebral
- ☐ vă este sete mai tot timpul
- ☐ anemie
- ☐ gura este frecvent uscată
- ☐ hepatită (A, B, C) sau afecțiuni ale ficatului
- ☐ hemofilie
- ☐ siclemie
- ☐ SIDA
- ☐ leucemie
- ☐ artrită
- ☐ reumatism inflamator (dureri articulare)
- ☐ boli tiroidiene
- ☐ glaucom
- ☐ ulcer gastric
- ☐ dificultăți de respirație când stați întinși (folosiți perne în plus când dormiți)
- ☐ afecțiuni renale
- ☐ astm
- ☐ boli venerice
- ☐ emfizem pulmonar
- ☐ prezentați o invaliditate
- ☐ tuse persistentă și expectorații cu sânge
- ☐ tuberculoză
- ☐ dureri la nivelul articulației temporo-mandibulare
- ☐ gingivoragii (sângerări ale gingiilor)
- ☐ despicătură labio-palatină
- ☐ tulburări auditive

☐ **ați urmat:**

☐ radioterapie ☐ cobaltoterapie ☐ chimioterapie ☐ corticoterapie ☐ tratament psihiatric

☐ **boli cardiovasculare:**

☐ infarct miocardic ☐ angină pectorală ☐ cardiopatie ischemică ☐ hipertensiune arterială ☐ ateroscleroză

Altele: .....

.....

Sângerare și alte antecedente

DA	NU	
☐	☐	Ați avut sângerări anormale la extracții, traumatisme sau după intervenții chirurgicale?
☐	☐	Vă învinețiți ușor?
☐	☐	Vi s-a efectuat transfuzie de sânge? Dacă da, explicați circumstanțele: .....
☐	☐	Aveți cancer / tumoră?
☐	☐	Ați avut o intervenție chirurgicală sau tratament radiant pentru o tumoră sau excrescență la nivelul capului / gâtului?

Medicamente

Luați unul dintre următoarele medicamente?

DA	NU		DA	NU	
☐	☐	Antibiotice	☐	☐	Aspirină
☐	☐	Sulfamide	☐	☐	Insulină
☐	☐	Tolbutamidă sau alte antidiabetice orale	☐	☐	Anticoagulante
☐	☐	Digitalice sau medicație pentru afecțiuni cardiace	☐	☐	Corticosteroizi
☐	☐	Medicație hipotensoare	☐	☐	Nitroglicerină
☐	☐	Anticoncepționale, medicație hormonală	☐	☐	Tranchilizante

Altele: .....

.....

Sunteți alergic sau prezentați reacții adverse la următoarele medicamente?

DA	NU		DA	NU	
☐	☐	Anestezice locale	☐	☐	Sulfamide
☐	☐	Penicilină sau alte antibiotice	☐	☐	Aspirină
☐	☐	Barbiturice, sedative, somnifere	☐	☐	Iod
☐	☐	Codeină sau alte narcotice			

Altele: .....

.....

Alte informații

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

Antecedente stomatologice

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

Pentru femei

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

După cunoștințele 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 medicului