

## CHESTIONAR MEDICAL

Nume ..... Data nașterii .....

Stare civilă  căsătorit/ă  necăsătorit/ă Ocupație .....

Sex  masculin  feminin Loc de muncă .....

Adresa ..... Adresa locului  
de muncă .....

Telefon ..... Telefon munca .....

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

Înălțime  cm Greutate  kg

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 ati avut o afecțiune gravă în ultimii 5 ani?  
Dacă da, explicați: .....
- .....

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> leziuni cardiace congenitale  | <input type="checkbox"/> reumatism cardiac                 |
| <input type="checkbox"/> murmur cardiac  | <input type="checkbox"/> alergii                           |
| <input type="checkbox"/> proteză valvulară   | <input type="checkbox"/> febra fanului                     |
| <input type="checkbox"/> peace-marker cardiac  | <input type="checkbox"/> urticarie / raș cutanat           |
| <input type="checkbox"/> intervenții chirurgicale pe cord  | <input type="checkbox"/> diabet                            |
| <input type="checkbox"/> sunt artificial   | <input type="checkbox"/> urinați de mai mult de 6 ori / zi |
| <input type="checkbox"/> accident vascular cerebral  | <input type="checkbox"/> vă este sete mai tot timpul       |
| <input type="checkbox"/> anemie  | <input type="checkbox"/> gura este frecvent uscată         |
| <input type="checkbox"/> hepatita (A, B, C) sau afecțiuni ale ficatului  | <input type="checkbox"/> hemofilie                         |
| <input type="checkbox"/> siclemie  | <input type="checkbox"/> SIDA                              |
| <input type="checkbox"/> leucemie  | <input type="checkbox"/> artrită                           |
| <input type="checkbox"/> reumatism inflamator (dureri articulare)  | <input type="checkbox"/> boli tiroidiene                   |
| <input type="checkbox"/> glaucom   | <input type="checkbox"/> ulcer gastric                     |
| <input type="checkbox"/> dificultăți de respirație când stați întinși<br>(folosiți perne în plus când dormiți) | <input type="checkbox"/> afecțiuni renale                  |
| <input type="checkbox"/> astm  | <input type="checkbox"/> boli venerice                     |
| <input type="checkbox"/> emfizem pulmonar  | <input type="checkbox"/> prezentați o invaliditate         |
| <input type="checkbox"/> reumatism inflamator (dureri articulare)  | <input type="checkbox"/> tuberculoză                       |
| <input type="checkbox"/> tuse persistentă și expectorații cu sânge   | <input type="checkbox"/> ulcer gastric                     |
| <input type="checkbox"/> dureri la nivelul articulației temporo-mandibulare                                    | <input type="checkbox"/> gingivoragii                      |
| <input type="checkbox"/> despicătură labio-palatină  | <input type="checkbox"/> tulburări auditive                |
| <input type="checkbox"/> ați urmat:  |  |
| <input type="checkbox"/> radioterapie  | <input type="checkbox"/> cobaltoterapie                    |
| <input type="checkbox"/> chimioterapie   | <input type="checkbox"/> corticoterapie                    |
| <input type="checkbox"/> tratament psihiatric  |  |
| <input type="checkbox"/> boli cardiovasculare  |  |
| <input type="checkbox"/> infarct miocardic   | <input type="checkbox"/> angină pectorală                  |
| <input type="checkbox"/> cardiopatie ischemică   |  |
| <input type="checkbox"/> hipertensiune arterială   | <input type="checkbox"/> ateroscleroză                     |
| <input type="checkbox"/> hipertensiune arterială   |  |

Altele: .....

.....

DA NU

Ați avut sângerari 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, tratament radiant pentru o tumoră sau excrescența la nivelul capului / gâtului?

Luați unul din următoarele medicamente?

DA NU

Antibiotice

Sulfamide

Tolbutamidă sau alte antibiotice

Digitalice sau medicație pentru afecțiuni cardiace

Medicatie hipotensoare

Anticoncepționale, medicație hormonală

DA NU

Aspirină

Insulină

Anticoagulante

Corticosteroizi

Nitroglicerină

Tranchilizante

Altele: .....

.....

Sunteți alergic sau prezentați reacții adverse la următoarele medicamente?

DA NU

Anestezice locale

Penicilină sau alte antibiotice

Barbiturice, sedative, somnifere

Codeină sau alte narcotice

DA NU

Sulfamide

Aspirină

Iodină

Altele: .....

.....

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: .....
- 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, periodontită, 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, tumefacții la nivelul buzelor, tegumentelor sau mucoasei bucale?

Femei

DA NU

- Sunteți însărcinată?
- Practicați controlul sarcinii / sau 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 doctorului