

## Chestionar medical

Nume \_\_\_\_\_ Prenume \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Adresa \_\_\_\_\_ Oras \_\_\_\_\_ Judet \_\_\_\_\_  
Ocupatia \_\_\_\_\_ Inaltime \_\_\_\_\_ Greutate \_\_\_\_\_ Data nasterii \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Sex M/F

Pentru urmatoarele intrebari, va rugam bifati cu (X), raspunsurile dumneavoastra vor fi inregistrate si vor fi confidentiale in concordanta cu legile in vigoare. In timpul primei consultatii veti fi intrebati in legatura cu raspunsurile dumneavoastra din acest chestionar si vor fi si alte intrebari aditionale cu privire la sanatatea dumneavoastra. Aceste informatii sunt vitale pentru noi in vederea alegerea unui tratament cat mai potrivit pentru dumneavoastra.

### Informatii despre sanatatea dentara

Da Nu Nu stiu

Va sangereaza gingiile cand va spalati pe dinti?  
Dintii dumneavoastra sunt sensibile la rece, cald, dulce sau la presiune?  
Ati avut in trecut tratamente parodontale( gingivale)?  
Ati avut probleme majore in trecut asociate cu tratamente dentare? Daca da, explicati

\_\_\_\_\_

Ati avut in trecut tratamente ortodontice?  
Aveti dureri de cap, urechi sau gat?  
Purtati sisteme dentare mobile?

Cum ati descrie problemele dumneavoastra dentare actuale? \_\_\_\_\_  
Cand ati fost ultima data la stomatolog? \_\_\_\_\_  
Care a fost tratamentul la ultima vizita la stomatolog? \_\_\_\_\_  
Ce parere aveti despre dintii dumneavoastra? \_\_\_\_\_

### Informatii medicale generale

Da Nu Nu stiu

Sunteti sanatos?  
Au aparut probleme majore de sanatate in ultimul an?  
Bifati daca aveti una din urmatoarele probleme: **Daca raspunsul dumneavoastra este afirmativ la cel putin una din cele enumerate mai jos, va rugam sa va opriti si sa va adresati asistentei medicale sau medicului dentist.**  
Tuberculoza activa?  
Raceala persistenta mai mult de 3 saptamani  
Raceala asociata cu sangerari  
Sunteti acum sub supravegherea unui medic curant? Daca da care sunt conditiile de tratament?

Data ultimei axaminari \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
Numele medicului curant(1) \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Adresa \_\_\_\_\_  
Numele medicului curant(2) \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Adresa \_\_\_\_\_  
Ati avut boli grave, operatii, sau ati fost spitalizat in ultimii 5 ani? Daca da, care au fost problemele?

—  
Luati sau ati luat in ultima perioada medicamente fara prescriptie medicala? Daca da, ce medicamente?

Consumati alcool? Daca da, cat alcool ati consumat in ultimele 24 ore? \_\_\_\_\_ In ultima luna?

Sunteti dependent de alcool sau de medicamente? Daca da, ati fost tratat? Da Nu  
Luati medicamente sau substante pentru placeri personale? Daca da, va rog sa le enumerati:

Fumati? Daca da, cat de interesati sunteti sa va lasati?(Alegeti una)  
Foarte Moderat Deloc  
Purtati lentile de contact?

**Alergii. Sunteti alergic la :** (Va rugam alegeti din cele enumerate daca e cazul)

Da Nu Nu stiu

Anestezice locale  
Aspirina  
Penicilina sau alte antibiotice  
Barbiturice, sedative, sau

somnifere

Da Nu Nu stiu

Codeina sau alte narcotice  
Latex  
Iod  
Animale  
Alimente (specificati) \_\_\_\_\_

Altele (Specificati) \_\_\_\_\_

Pentru raspunsurile afirmative, specificati tipul de reactie \_\_\_\_\_

**Da Nu Nu stiu (Doar pentru femei)**

Sunteti insarcinata?

Luati anticonceptionale?

Ati avut proteze ortopedice ale articulatiilor (genunchi, umar, sold, deget)?

Daca da, cand a fost facuta operatia? \_\_\_\_\_

Ati avut probleme sau complicatii cu proteza ortopedica?

Medicul dumneavoastra curant sau stomatologic v-a prescris tratament cu antibiotice inainte de tratamentul stomatologic? Daca da, ce fel de antibiotice si doza \_\_\_\_\_

**Bifati cu (X) daca aveti sau ati avut una din urmatoarele boli sau probleme:**

**Da Nu Nu stiu**

Sangerari anormale

AIDS sau infectie cu HIV

Anemie

Artrita

Artrita reumatoida

Astm

Transfuzii de sange

Daca da, data \_\_\_\_\_

Cancer/Radioterapie/Chimioterapie

Boli cardiovasculare

- Angina
- Arterioscleroza
- Valve artificiale
- Insuficienta coronara
- Ocluzie coronara
- Infarct miocardic
- Murmur cardiac
- Hipertensiunea arteriala
- Pacemaker
- Cardiopatie reumatica
- Boli cardiace congenitale
- Prolaps de valva mitrala

Dureri cronice

Diaree persistenta

Boli imunosupresoare

Medicamente sau radiatii imunosupresoare

Diabet, daca da, specificati:

- Tipul I (Insulino dependent)
- Tipul II

Gura uscata

Epilepsie

Reflux gastro-esofagian

Aveti vreo boala sau tulburare de orice natura care nu este enumerata mai sus si care credeti ca ar trebui mentionata?

Daca da, va rugam explicati \_\_\_\_\_

Glaucom  
Hemofilie  
Hepatita  
Infectii recurente  
Specificati tipul de infectie \_\_\_\_\_  
Probleme renale  
Hipotensiune  
Tulburari psihice  
Daca da, specificati \_\_\_\_\_  
Malnutritie  
Migrene  
Transpiratii nocturne  
Boli neurologice  
Daca da, specificati \_\_\_\_\_  
Osteoporoza  
Probleme respiratorii  
Daca da, specificati \_\_\_\_\_  
Bronsita  
Emfizem  
Dureri grave de cap  
Scaderi bruste in greutate  
Boli cu transmitere sexuala  
Probleme sinuzale  
Tulburari de somn  
Ulceratii in cavitatea orala  
Accident vascular cerebral  
Lupus eritematos sistemic  
Probleme cu tiroida  
Tuberculoza  
Ulcer gastric  
Urinare excesiva

**Declar ca am citit si am inteles cele scrise mai sus. Recunosc ca am primit un raspuns satisfacator la toate intrebarile pe care le-am avut in legatura cu cele expuse mai sus. Declar ca nu voi trage la raspundere nici pe medicul dentist nici pe orice alt membru al personalului pentru omisiunile sau greselile pe care e posibil sa le fi facut in completarea acestui formular in cazul in care acestia actioneaza intr-un fel sau altul pe baza declaratiilor mele.**

Semnatura pacient \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**A se completa de catre medicul dentist**

Observatii privind istoricul medical al pacientului \_\_\_\_\_

Informatii semnificative obtinute in urma interviului sau a chestionarului \_\_\_\_\_

Consideratii manageriale \_\_\_\_\_

Semnatura medicului dentist \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Modificari ale istoricului medical al pacientului:**

Pacientul trebuie intrebat in mod regulat daca au aparut modificari privind starea lui de sanatate, insotita de semnatura acestuia.

Data \_\_\_\_\_ Comentarii \_\_\_\_\_ Semnatura pacientului si a medicului dentist \_\_\_\_\_