

CHESTIONAR MEDICAL

Nume

Data nasterii Sex

Stare civila

Adresa

Tel.

Ocupatie Loc de munca

Adresa locului de munca Tel.

Raspundeti intrebarilor incercuind "DA" sau "NU" si completati spatiile libere cand este indicat. Raspunsurile sunt considerate confidentiale.

Inaltime

Greutate

DA - NU Starea dvs. de sanatate este buna?

DA - NU In ultimul timp sunt schimbari privind sanatatea dvs.?

DA - NU Cand a fost ultimul control medical?

DA - NU Acum sunteti in tratament sau sub urmarirea unui medic?

Daca da, explicati conditiile existente de tratament

Numele si adresa medicului curant / de familie

DA - NU Suferiti de o afectiune grava sau ati fost operat?

Daca da, explicati afectiunea / operatia

DA - NU Ati fost spitalizat sau ati avut o afectiune grava in ultimii 5 ani?

Daca da, explicati

Bifati daca aveti sau ati avut una din urmatoarele boli / probleme

- leziuni cardiace congenitale
- reumatism cardiac
- boli cardiovasculare
 - infarct miocardic
 - angina pectorala
 - cardiopatie ischemica
 - hipertensiune arteriala
 - arteroscleroza
 - hipotensiune arteriala
- murmur cardiac
- proteza valvulara
- peace-marker cardiac
- interventii chirurgicale pe cord
- sunt artificial
- accident vascular cerebral
- anemie
- hemofilie
- siclemie
- leucemie
- boli tiroidiene
- glaucom
- spasmofilie
- epilepsie
- alte afectiuni neurologice
- dureri in piept la efort
- dificultati respiratorii dupa efort mediu
- glezne umflate
- dificultati de respiratie cand stati intinsi (folositi perne in plus cand dormiti)
- astm
- emfizem pulmonar
- tuberculoza
- tuse persistenta si expectoratii cu sange
- dureri la nivelul articulatiei temporo-mandibulare
- gingivoragii
- desplicatura labio-palatina
- tulburari auditive
- alergii
- febra fanului
- urticarie / ras cutanat
- diabet
- urinati de mai mult de 6 ori / zi
- va este sete mai tot timpul
- gura este frecvent uscata
- hepatita (A, B, C) sau afectiuni ale ficatului
- SIDA
- artrita
- reumatism inflamator (dureri articulare)
- ulcer gastric
- afectiuni renale
- boli venerice
- prezentati o invaliditate
- ati urmat:
 - radio / cobaltoterapie
 - chimioterapie
 - corticoterapie
 - tratament psihiatric
- altele

- DA - NU Ati avut sangerari anormale la extractii, traumatisme sau dupa interventii chirurgicale?
- DA - NU Va invinetiti usor?
- DA - NU Vi sa efectuat transfuzie de sange?
Daca da, explicati circumstantele
- DA - NU Aveti cancer / tumora?
- DA - NU Ati avut o interventie chirurgicala, tratament radiant pentru o tumora sau excrescenta la nivelul capului / gatului?
- DA - NU Luati medicamente sau droguri?
Daca da, ce anume
-
- DA - NU Luati unul din urmatoarele medicamente?
- DA - NU Antibiotice
- DA - NU Sulfamide
- DA - NU Anticoagulante
- DA - NU Medicatie hipotensoare
- DA - NU Corticosteroizi
- DA - NU Tranchilizante
- DA - NU Aspirina
- DA - NU Insulina, tolbutamida sau alte antibiotice
- DA - NU Digitalice sau medicatie pentru afectiuni cardiace
- DA - NU Nitroglicerina
- DA - NU Anticonceptionale, medicatie hormonala
- DA - NU Altele
-
- DA - NU Sunteti alergic sau prezentati reactii adverse la urmatoarele medicamente?
- DA - NU Anestezice locale
- DA - NU Penicilina sau alte antibiotice
- DA - NU Sulfamide
- DA - NU Barbiturice, sedative, somnifere
- DA - NU Aspirina
- DA - NU Iodina
- DA - NU Codeina sau alte narcotice
- DA - NU Altele
-
- DA - NU Lucrti intr-un mediu ce va expune regulat la radiatii X sau alte radiatii ionizante?
- DA - NU Purtati lentile de contact?
- DA - NU Ati slabit sau v-ati ingrsat mai mult de 10 kg. in ultimii ani?
- DA - NU Va treziti uneori din cauza dificultatilor respiratorii?
- DA - NU Urmati o dieta speciala?

- DA - NU Suferiti de o afectiune ce nu a fost enumerata mai sus?
Daca da, explicati
- DA - NU Ati avut probleme serioase legate de tratamentele stomatologice anterioare?
Daca da, explicati ce anume
- DA - NU Ultimul rezultat al controlului stomatologic
- DA - NU Ati urmat un tratament ortodontic?
- DA - NU Ati urmat un tratament parodontal (gingivita, periodontita, pioree, stomatita)?
- DA - NU Va sangereaza gingia la periaj?
- DA - NU Va inclestati maxilarele sau va frecati dintii?
- DA - NU Prezentati frecvent dureri de dinti?
- DA - NU Prezentati frecvent leziuni dureroase la nivelul cavitatii bucale?
- DA - NU Ati suferit vreun traumatism la nivelul cavitatii bucale?
Daca da, explicati
- DA - NU Ati prezentat puncte dureroase, tumefactii la nivelul buzelor, tegumentelor sau mucoasei bucale?

FEMEI

- DA - NU Sunteti insarcinata?
- DA - NU Practicati controlul sarcinii / sau luati anticonceptionale?
- DA - NU Anticipati o viitoare sarcina?

Dupa cunostintele mele, toate raspunsurile anterioare sunt corecte si adevarate. In cazul in care starea mea de sanatate sau medicatia se vor schimba, voi informa medicul stomatolog imediat la urmatoarea programare.

Data

Semnatura pacientului

Semnatura medicului