

Pacient nou da nu
 Medic



FISA DE OBSERVATIE

INFORMATII PERSONALE

Nume si prenume.....

Adresa.....

Telefon..... Email.....

Data nasterii..... Starea civila.....

Profesie..... Loc de munca.....

Trimis la cabinetul nostru de.....

IN CAZ DE URGENTA ANUNTATI:.....

Telefon..... Grad de rudenie.....

MOTIVUL PREZENTARII.....

ISTORIC MEDICAL GENERAL	DA	NU	DETALII
Boli generale ale persoanelor din familie (grad rudenie I, II)			
Boli stomatologice ale persoanelor din familie (grad rudenie I, II)			
Sunteți/este posibil să fiți gravidă? *doar pt. persoanele de sex feminin			
Sunteți în perioada de alăptare*?			
Sunteți în perioada ciclului menstrual*?			
Suferiți sau ați suferit de vreo boală acută sau cronică?			
Boli congenitale			
Boli profesionale			
Precizați data ultimului control general			
Boli de inimă			
Angină pectorală			
Infarct miocardic (precizați când)			
Aritmii (fibrilatie etc.)			
Blocuri			
Insuficiență cardiacă (precizați clasa NYHA)			
Valvulopatii (precizați tipul)			
Endocardită infecțioasă			
Intervenții chirurgicale cardiace (precizați tipul)			
Pace-maker			
Proteza valvulară			
Altele			
Boli vasculare			
Arteriopatie obliterantă			
Tromboflebită			
Hipotensiune arterială			
Hipertensiune arterială (precizați valoarea max.)			
Accident vascular cerebral (precizați când)			
Altele			
Boli hematologice			
Anemie			
Talasemie			
Leucemie acută			
Leucemie cronică			
Hemofilie			

Trombocitopenie			
Boala von Willebrand			
Altele			
Boli ale aparatului respirator			
Astm bronșic			
Emfizem			
Bronșită cronică			
TBC (precizați dacă ați urmat tratament)			
Altele			
Boli digestive			
Gastrite/ulcer gastro-duodenal			
Altele			
Boli hepatice			
Steatoză hepatică			
Hepatită cronică			
Ciroză			
Altele			
Boli renale			
Insuficiență renală (urmați hemodializă?)			
Tratament cu cortizon			
Diabet			
Tratament cu insulină			
Tratament cu antidiabetice orale			
Boli de piele			
Acnee			
Herpes			
Altele			
Afectiuni oculare			
Glaucom			
Cataractă			
Boli endocrine			
Hipotiroidie			
Hipertiroidie			
Altele			
Boli reumatismale			
Poliartrită reumatoidă			
Colagenoze			
Altele			
Boli scheletale			
Osteoporoză			
Altele			
Boli neurologice			
Epilepsie			
Paralizie facială periferică			
Miastenia gravis sau sindrom Eaton Lambert			
Altele			
Boli psihice			
Depresie			
Schizofrenie			
Altele			
Manifestări neuro-vegetative			
Atacuri de panică			
Altele			
Boli infecțioase			
Hepatită virală A			
Hepatită B			
Hepatită C			
Hepatită D			
HIV			
Boli venerice			
Altele			
Boli autoimune			
Cancer			
Tratament prin radiatii, chimioterapie?			
Alte boli			
Ați mai fost supus(ă) unor intervenții chirurgicale ? Ce intervenție?			

In timpul sau după intervenția chirurgicală au apărut incidente?		
Aveți sangerari exagerate sau prelungite care să necesite tratament special?		
Suferiți de alergii /intoleranțe medicamentoase (antibiotice, anestezice, antiinflamatoare) sau nemedicamentoase?		
Urmați tratament cu anticoagulante?		
Urmați tratament cu bifosfonati (Fosamax, Fosavance, Actonel, Bonviva, Zometa, Aclasta)? Precizați de cât timp		
Ați urmat tratament cu antibiotice în ultimele două săptămâni?		
Sunteți/ati fost consumator de tutun ? De cand? Cate/zi? Cand ati renunțat?		
Sunteți/ati fost consumator de alcool ? De cand? Ce cantitate?		
Sunteți/ati fost consumator de droguri ? Precizați ce droguri utilizați.		
Faceti exerciții în mod regulat? Ce tip?		
Urmați un tratament (medicamentești, homeopatic, fitoterapic)?		

Medicament	Doza administrata	Afectiunea tratata

ISTORIC MEDICAL DENTAR	DA	NU	DETALII
Vi s-au mai efectuat tratamente stomatologice?			
La tratamentele stomatologice anterioare au apărut accidente/incidente sau complicații la utilizarea anestezicelor?			<input type="checkbox"/> leșin, <input type="checkbox"/> grecăță, <input type="checkbox"/> alergii <input type="checkbox"/> altele.....
Ati avut sau aveți tulburări asociate tratamentelor stomatologice vechi?			
Ati suferit interventii chirurgicale orale?			
Ati purtat aparate ortodontice?			
Precizați data ultimului control stomatologic			
Aveti dureri de dinti provocate de:			La ce dinti apar durerile?
<input type="checkbox"/> apasare <input type="checkbox"/> variații de temperatură <input type="checkbox"/> alimente dulci sau acide <input type="checkbox"/> spontane			
Ati avut sau aveți tumefacții sau umflaturi în gura?			
Gingiile va sangerează spontan sau la periaj?			
Raman resturi alimentare printre dinti?			
Simtiti gust/miros neplacut de la dinti sau gingii?			
Aveti senzație de uscaciune sau arsura a gurii?			
Simtiti o senzație de "oboseala a maxilarelor" după masa?			
Aveti dureri provocate de masticatie, cascăt sau cand deschideți gura larg?			
Aveti frecvență dureri de cap, migrene?			
Simtiti zgomote în articulația temporo-mandibulară?			
Aveti dureri de cap frecvente, în zona urechilor sau în jurul acestora, în zona fetei, gâtului sau tamplelor?			
Scrasnici din dinti sau obisnuiti să statii cu maxilarele inclestate?			
Simtiti că felul în care strângeti dintii s-a modificat în ultima vreme?			
Obisnuiti să aveți ticuri pentru care va folosiți dintii, limba sau buzele? Detaliați.			

ISTORIC TRATAMENTE ESTETICE (numai dacă este cazul)	DA	NU	DETALII
Vi s-au mai efectuat tratamente estetice (ex. laser, peeling, mezoterapie)?			
Ati mai beneficiat de vreun tratament cu material de umplere dermica sau cu toxina botulinică? Care sunt zonele tratate și cand a avut loc tratamentul?			
Aveti antecedente de alergie la produsele de injectare sau excipientii acestora?			

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. Îmi asum întreaga responsabilitate pentru incidente sau complicații ce pot să apară în eventualitatea că aceste date sunt false sau incomplete.

Data completării:

Semnătura declarant