

## CHESTIONAR DE EVALUARE A STĂRII GENERALE

**Cod Fisa : .....**

Nume Pacient : .....Data Nasterii.: ...../...../..... Sex: M/F  
CNP : ..... Telefon : ..... E-mail: .....  
Adresa : Str..... Localitate : ..... Judet .....

### I. Anamneza

#### 1. Antecedente

##### 1.1. Antecedente personale generale

###### 1.1.1. Fiziologice

- Sunteți/este posibil să fiți gravidă? Dacă da, precizați vârsta sarcinii în săpt.

 Da Nu

- Sunteți în perioada ciclului menstrual

 Da Nu

###### 1.1.2. Alergii

- a. Suferiți de alergii sau intoleranțe medicamentoase sau nemedicamentoase?

 Da Nu

Dacă da, precizați care.

 Penicilina,antibiotice Sulfamide Barbiturice,sedatice,somnifere Codeina,alte narcotice Iodina Aspirina Altele

###### 1.1.3. Tratament curent

- Urmați un anumit tratament (medicamentos, homeopatic, fitoterapic etc.)?

 Da Nu

Precizați medicamentul/produsul și doza administrată.

- Ați urmat tratament cu antibiotice în ultimele două săptămâni?

 Da Nu

Precizați medicamentul și doza administrată!

- Urmați tratament cu anticoagulante?

Da

Nu

Precizați medicamentul, doza administrată și valoarea INR!

- Urmați tratament cu insulină

Da

Nu

- Urmați tratament cu antidiabetice orale?

Da

Nu

- Urmați tratament cu bifosfonați?

Da

Nu

Precizați medicamentul și doza administrată

Fosamax

Fosavance

Actonel

Bonviva

Zometa

Aclasta

Alte Medicamete

Calea de administrare

Orală

intravenoasă

De cât timp urmați acest tratament (luni/ani) d. Valoarea  $\beta$  cross-laps

1.1.4. Toxice

- Sunteți/ați fost consumator de tutun?

Da

Nu

Precizați ce cantitate și cât timp ați fumat/fumați:

- Sunteți/ați fost consumator de alcool?

Da

Nu

Precizați ce cantitate și cât timp ați consumat/consumați alcool.  
Ați avut problemă atunci când nu ați mai consumat alcool?

- Sunteți consumator regulat de droguri, substanțe psihotrope?

Da

Nu

Precizați tipul, cantitatea și cât timp ați consumat.

## II. Patologice

---

### 1. Boli congenitale

---

a. Diferite boli congenitale, descrieți

### 2. Boli profesionale

---

a. Diferite boli congenitale, descrieți

### 3. Boli ale inimii

---

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angină pectorală          | <input type="checkbox"/> Infarct miocardic. Precizati cand |   |
| <input type="checkbox"/> Aritmii,fibrilatii        | <input type="checkbox"/> Blocuri                           | <input type="checkbox"/> Insuficiență cardiacă. Precizati clasa NYHA. |
| <input type="checkbox"/> Valvupatii.Precizati care | <input type="checkbox"/> Endocardită Infectioasă           |   |

### 4. Boli vascolare

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arteriopatie obliteranta  | <input type="checkbox"/> Tromboflebita       |
| <input type="checkbox"/> Hipotensiune arteriala. Precizati cea mai mica valoare tensionala avuta [mmHg] :  |  |
| <input type="checkbox"/> Hipertensiune arteriala. Precizati cea mai mare valoare tensionala avuta [mmHg] : |  |
| <input type="checkbox"/> Accident vascular cerebral. Precizati cand :                                      | <input type="checkbox"/> Alte boli vasculare |

### 5. Boli ale aparatului respirator

- |  |                                  |                              |
|--|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Astm bronsic                        | <input type="checkbox"/> Emfizem | <input type="checkbox"/> TBC |
| <input type="checkbox"/> Alte boli ale aparatului respirator |                                  |                              |

### 6. Boli digestive

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gastrite/Ulcer gastro-duodenal | <input type="checkbox"/> Alte boli ale aparatului digestiv |
|---|--|

### 7. Boli ale aparatului respirator

- |  |   |                                 |   |
|--|---|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Steatoza hepatica | <input type="checkbox"/> Hepatita cronica | <input type="checkbox"/> Ciroza | <input type="checkbox"/> Alte boli hepatice |
|--|---|---------------------------------|---|

### 8. Boli renale

- Insuficienta renala

### 9. Boli endocrine

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidie | <input type="checkbox"/> Hipertiroidie | <input type="checkbox"/> Alte boli endocrine |
|---------------------------------------|--|--|

### 10. Boli reumatismale

- |   |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Poliartrita reumatoida | <input type="checkbox"/> Colagenoze | <input type="checkbox"/> Alte boli reumatismale |
|---|-------------------------------------|---|

### 11. Boli scheletale

- Osteoporoza  Alte boli scheletale

### 12. Boli neurologice

- Epilepsie  Alte boli neurologice

### 13. Boli psihice

- Depresie  Schizofrenie  Alte boli psihice

### 14. Manifestari neuro-vegetative

- Atacuri de panica

### 15. Boli hematologice

- Anemie  Talasemie  Leucemie acuta  
 Leucemie cronica  Hemofilie  Trombocitopenie  
 Boala von Willebrand  Alte boli hematologice

### 16. Boli infectioase

- Hepatita virala  HIV/SIDA,AIDS  Alte boli infectioase

### 17. Neoplasme

- Aveti neoplasme, tumori maligne?

- Da  Nu

Descrieti :

### 18. Interventii medicale si chirurgicale, proceduri

- Interventii chirurgicale cardiace

- Da  Nu

Precizati care :

- Alte interventii chirurgicale

- Da  Nu

Descrieti interventia chirurgicala:

- Precizati tipul de anestezie

- Loco-regionala  Sedare  Generala  Altul

- Precizati daca in timpul sau dupa interventia chirurgicala au aparut incidente

- Da  Nu

Descrieti:

- Ati primit transfuzii de sange/derivate?

- Da  Nu

### III. Antecedente personale - Aparat dento-maxilar (ADM)

---

#### 1. Tratamente stomatologice

---

- Vi s-au mai efectuat tratamente stomatologice?

Da

Nu

- Dacă vi s-au realizat tratamente stomatologice, precizați anestezia aplicată

Fara anestezie

Anestezie locala

Anestezie locala+inhalosedare

Anestezie locala si sedare intravenoasa

Anestezie generala

#### 2. Boli/probleme specifice

---

- La tratamentele stomatologice anterioare au apărut accidente/incidente sau complicații la utilizarea anezizicelor?

Da

Nu

Precizati :

Lesin

Greața

Alergii

Altele

---

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 Completarii

Semnatura Declarant\*

\*În cazul reprezentantului legal/aparținătorului se va completa numele și prenumele în clar, precum și calitatea față de pacient.