

Chestionar stare de sănătate

Acesta este un document în format PDF editabil.
Vă rugăm să citiți instrucțiunile de completare pe ultima pagină.

Angajator (firma):

Tip control Medicina Muncii: ☐ Angajare
☐ Control periodic
☐ Reluarea muncii

Pentru funcția (funcția COR):

Nume: Prenume:

CNP Data nașterii: Vârsta: ani,

sex: ☐ M ☐ F, Înălțime (H) cm, Greutate (G) Kg

Tel:, Studii

Profesie:

Domiciliu / Reședința:

Dacă efectuați un control medical de **ANGAJARE**, vă rugăm să completați următorul tabel cu ruta profesională (companiile unde ați lucrat cu contract de muncă, peste un an de zile):

Companie	Perioada lucrată (anii)	Ultima funcție deținută la companie

Mențiune: Semnarea documentului în fiecare din cele 5 câmpuri (4 declarații și semnătura finală) se poate face prin: semnătura olografă (printare și scanare document), semnătura digitală certificată, desenarea semnăturii în Adobe Reader sau se va trece numele complet. Dacă la una din declarații nu vă încadrați, se va detalia în chestionar mai jos motivul.

1. Am luat la cunoștință că în ziua programării controlului de Medicina Muncii **NU** trebuie să fiu în concediu medical sau în carantină individuală impusă de autorități (în cazul acesta mă voi reprograma după).

Semnătură:

2. Declar pe proprie răspundere că **NU SUNT** în evidență pentru un grad de handicap sau de incapacitate de muncă (dacă este cazul, voi atașa documentele doveditoare până la momentul consultului)

Semnătură:

3. Declar pe proprie răspundere că **NU URMEZ** tratament cu sedative, tranchilizante, antialergice și alte medicamente psihotrope.

Semnătură:

4. Declar pe proprie răspundere că **NU SUNT** în evidență cu epilepsie, boli psihice (sindrom anxios depresiv, tulburare de comportament, schizofrenie, tulburare maniaco-depresivă), boli neurologice, diabet și NU SUNT sub tratament pentru bolile mai sus menționate.

Semnătură:

1. Aveți probleme de sănătate sau alergii cunoscute?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

2. Ați avut probleme de sănătate sau accidente legate de muncă de la ultima examinare?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

3. Ați avut în ultimii 5 ani vreo boală, accident, rănire, otrăvire, care să necesite spitalizare sau intervenție chirurgicală?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

4. Ați fost examinat psihologic vreodată? În ce scop?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

5. Luați medicamente în prezent? Care sunt acestea și pentru ce afecțiuni?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

Dozare:

Medicamente:

Data primei prescripții:

Motiv:

6. Fumați?

☐ Nu ☐ Fost fumător din data de: ☐ Da, Cât? țig. /zi

Detalii:

7. Consumați băuturi alcoolice? Cât, zilnic?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

8. Consumați droguri sau substanțe etnobotanice?

☐ Nu ☐ Da, Ce și cât? Detalii:

Ați avut sau aveți una dintre bolile următoare?

9. Boli de piele?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

10. Ganglioni măriți de volum sau dureroși? Cu ce localizare?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

11. Boli osteomusculoarticulare (scolioză, cifoasă, hernie de disc, discopatie, etc.)?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

12. Sindrom de apnee în somn? (opriri ale respirației în timpul somnului)?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

13. Astm bronșic sau boli ale plămânilor?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

14. Boli cardiace (hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică, angină pectorală, infarct miocardic, etc.?)

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

15. Ultima valoare măsurată a tensiunii arteriale (**obligatoriu** de menționat sau de măsurat până la momentul controlului):

..... / mmHg

16. Cea mai mare valoare măsurată a tensiunii arteriale de care aveți cunoștință:

..... / mmHg

17. Boli gastrointestinale?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

18. Boli renale?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

19. Boli ale ochilor / Operații la ochi?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

20. Surditate sau scăderea auzului?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

21. Epilepsie, paralizie?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

22. Amețeli, cazuri de leșin, pierderea cunoștinței?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

23. Insomnii?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

24. Probleme psihice?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

25. Dezintoxicări datorate consumului de alcool, medicamente, droguri?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

26. Boli tiroidiene?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

27. Diabet zaharat?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

28. Cancer?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

29. Boli ale sângelui (ex.: anemie, leucemie)?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

30. Alte boli?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

31. **Pentru femei:** Sunteți însărcinată?

☐ Nu ☐ Da, Detalii:

Ultima menstruație (UM)? Nașteri (N)?..... Avorturi (AV)

Instrucțiuni de completare a chestionarului:

- ▶ Pentru a completa fișierul aveți nevoie de aplicația Acrobat Reader care poate fi descărcată gratuit atât pe calculator cât și pe telefon (nu completați chestionarul în browser întrucât există șansa ca informațiile să nu se salveze);
- ▶ Vă rugăm să aveți în vedere faptul că datele din fișier trebuie să corespundă cu cele din secțiunea "Profilul meu" din Contul Meu Regina Maria / Aplicația de mobil Regina Maria (*Dacă datele din "Profilul meu" sunt incorecte, vă rugăm să le actualizați folosind butonul "Modifică date personale"*);
- ▶ Alegeți răspunsul care vi se potrivește, acolo unde sunt mai multe variante de răspuns;
- ▶ Completați răspunsul în spațiul alocat fiecărei întrebări;
- ▶ După ce ați răspuns la toate întrebările, salvați documentul și redeschideți-l să vă asigurați că informația a fost salvată, apoi încărcați-l în "Contul meu" înainte de momentul consultației.

Încărcarea documentului:

- ▶ Intrați în contul meu sau în aplicația de mobil Regina Maria;
- ▶ Accesați secțiunea "Clinica Virtuală";
- ▶ Apăsați butoanele " Adauga informatii", "Fișiere medicale", "Selectează fișier" și la final "Trimite".

Observații:

Prin aceasta declar că datele de mai sus le-am completat cu atenție, nu am dat date false și nici nu am ascuns informații importante.

Data: Semnătura Solicitantului