

Temă PSI

Cap 2.2. Proiectarea intrărilor

Intrările sistemului sunt:

I1 – Factură de la furnizorul de material stomatologice

I2 – Factură de la tehnicianul dentar pentru realizarea lucrării dentare

I3 – Fișă consultație medic specialist

I4 – Scrisoare medicală medic specialist (de la medical specialist către stomatolog după consultul specialist al pacientului)

I5 – Fișă medicală pacient

I6 – Fișă stomatologică

I7 – Bilet de trimitere

I8 – Registru de programare

Teste de validare pentru I1:

Nr.crt.	Denumire câmp	Tip(lungime)	Test de validare
1.	Seria	X(4)	- Verificarea introducerii complete a datelor;
2.	Nr	9(3)	- Verificarea introducerii complete a datelor; - Verificarea tipului de date;

Teste de validare pentru I2:

Nr.crt.	Denumire câmp	Tip(lungime)	Test de validare
1.	Seria	X(4)	- Verificarea introducerii complete a datelor;
2.	Nr	9(3)	- Verificarea introducerii complete a datelor; - Verificarea tipului de date;

I3 – Fișă consultație medic specialist

JudețulX(20).....
LocalitateaX(20).....
Unitatea sanitarăX(20).....

FIȘĂ DE CONSULTAȚII MEDICALE

NumeX(20)..... PrenumeX(20)..... Sexul M/F
CNP:9(13)..... Starea civilăX(20).....
Domiciliul: localitateaX(20)..... stradaX(20)..... nr.9(3)..
OcupațiaX(20)..... Întrep., inst.X(20).....

Schimbări de:
domiciliuX(20)..... | loc de muncă (întrep., inst.)X(20).....

Antecedente: heredo-colateraleX(20).....

personaleX(20).....

Condiții de muncăX(20).....

CONSULTAȚII MEDICALE

Data anul luna ziua	Locul *) con-sultației	Simptome	Diagnostic	Cod	Prescripții **) Recomandări	Nr. Zile de concediu Nr. certificat
1	2	3	4	5	6	7
D	X(20)	X(20)	X(20)	9(4)	X(20)	9(3)

*) C = Cabinet; D = Domiciliu; A = Alte locuri

**) Se trece semnătura și parafa medicului specialist după fiecare consultație

Data:D.....

Teste de validare pentru I3:

Nr.crt.	Denumire câmp	Tip(lungime)	Test de validare
1.	Sex	X(1)	- Verificarea tipului de date; - Verificarea existenței într-o mulțime de caractere {"M", "F"}
2.	CNP	9(13)	- Verificarea introducerii complete a datelor; - Verificarea tipului de date; - Verificarea pe baza caracterului de control;
3.	Cod	9(4)	- Verificarea tipului de date; - Verificarea introducerii complete a datelor;
4.	Nr. Zile de Concediu	9(3)	- Verificarea tipului de date;

I5 – Fișă medicală pacient

FIȘA MEDICALĂ PACIENT

Numele: _____ X(40)
 Prenumele: _____ X(40)
 C.N.P. _____ 9(13) Sex _____ X(1)
 Data nașterii: ziua _____ 9(2) luna _____ 9(2) anul _____ 9(4)
 Adresa: _____ X(60)
 Localitatea / Județul: _____ X(20)
 Telefon fix: _____ 9(10) mobil: _____ 9(10)
 Profesia: _____ X(20) e-mail: _____ X(20)

Este în interesul dumneavoastră și pentru buna desfășurare a tratamentului pe care îl doriți, completarea:

Medicul de familie _____ X(30) Data ultimei consultații _____ D
 Medicul dentist anterior _____ X(30) Data ultimei consultații _____ D
 Ați fost spitalizați _____ X(2) anul _____ 9(4) pentru _____ X(40)
 Ați suferit intervenții chirurgicale? _____ X(2) anul _____ 9(4) ce anume _____ X(40)
 Luați medicamente? _____ X(2) ce anume _____ X(40) pentru ce _____ X(40)

Fumător? Da / Nu

Aveți reacții alergice? _____ X(2) la ce?

Anestezie _____ X(2) Antibiotice _____ X(2) Aspirina _____ X(2) Iod _____ X(2) Latex _____ X(2) Nichel _____ X(2)

Altele – menționați _____ X(40)

Doar pentru femei: Însărcinată: da / nu, dacă da – luna _____ D Alăptată: da / nu

A început menstra? da / nu cand _____ D Anticoncepționale da / nu

S-a instalat menopauza? da / nu cand _____ D

Aveți sau ați avut următoarele probleme medicale

	Da	Nu		Da	Nu
Hipertensiune	X(1)	X(1)	Hipotensiune	X(1)	X(1)
Diabet			Reumatism		
Anemie			Probleme tiroidiene		
Astm			Probleme respiratorii		
Artrita			Hemofilie		
Despicături labio-maxilo-palatine (buză de iepure)			Probleme la vorbit		
Probleme de auz			Probleme de vază / lentile de contact		
Probleme cu ficatul			Alte probleme de coagulare: _____ X(20)		

Boli de stomac		Boli de rinichi	
HIV/SIDA		Pierderi de greutate	
Cancer		Leucemie	
Epilepsie (convulsii)		Radio/chimioterapie	
Deficiente de creștere		ADHD	
Osteoporoză		Sindroame genetice _____ X(20)	
Boli neurologice sau psihice*		Tuberculoză	
Altele _____ X(20)			

*nevrologii, depresie, anxietate, fobii, psihoze

Ați primit injecție? da / nu cand _____ D

Ați avut probleme după anestezie? da / nu Cum s-au manifestat? _____ D

Vi s-au făcut extracții dentare? da / nu cand _____ D

Ați avut probleme după extracții? da / nu Cum s-au manifestat?

Ați suferit intervenții chirurgicale la nivelul cavității bucale? da / nu cand _____ D

Ați avut probleme după? da / nu Cum s-au manifestat? _____ X(20)

Doar pentru copii/adolescenți:

Înălțimea copilului _____ 9(3) Greutatea copilului _____ 9(3)

A crescut mai repede în ultima vreme? _____ X(2) Cat de mult? _____ 9(3)

Înălțimea rudelor: mama _____ 9(3) tata _____ 9(3)

frati / surori mai mari _____ 9(3)

Deficit de atenție da / nu

Declar ca nu voi face vinovat medicul dentist sau oricare dintre membrii echipei sale de eventuale leziuni

Data

_____ D

Semnatura pacientului (tutorelui)

_____ X(20)

Teste de validare pentru I5:

Nr.crt.	Denumire câmp	Tip(lungime)	Test de validare
1.	CNP	9(13)	<ul style="list-style-type: none"> - Verificarea introducerii complete a datelor; - Verificarea tipului de date; - Verificarea pe baza caracterului de control; - Verificarea consistenței datelor (corelarea CNP-ului cu data de naștere);
2.	Ziua	9(2)	<ul style="list-style-type: none"> - Verificarea consistenței datelor (corelarea datei de naștere cu CNP-ul); - Verificarea integrării într-un interval de valori [1-31];
3.	Luna	9(2)	<ul style="list-style-type: none"> - Verificarea consistenței datelor (corelarea datei de naștere cu CNP-ul); - Verificarea integrării într-un interval de valori [1-12];
4.	Anul	9(4)	<ul style="list-style-type: none"> - Verificarea consistenței datelor (corelarea datei de naștere cu CNP-ul); - Verificarea integrării într-un interval de valori [max 2023];
5.	Data	D	<ul style="list-style-type: none"> - Verificarea tipului de date;

I6 – Fișă stomatologică

FISA STOMATOLOGICA

Care sunt motivele vizitei la medicul dentist? ____X(20)_____

Va este frica de:

	Da	Nu		Da	Nu
Dentist	X(1)	X(1)	Injectie	X(1)	X(1)
Zgomotul frezei			Durere		
Acul de seringa			Alte zgomote din cabinet		
Mirosul unor substante			Altele		

Va sângereaza gingiile cand va spalati pe dinti? Da / nu

De cate ori va perati pe dinti? ____9(1)_____

Aveti in gura inflamatii sau rani care dureaza de mai mult timp? Da / nu

Va muscati des obrajii sai limba? Da / nu

Strangeti sau scrasniti din dinti? Da / nu
Ziua sau noaptea ____X(10)_____

Ati mai purtat aparat de indreptat dinti? Da / nu Cand? ____D_____

Cand deschideti larg gura/mestecati auziti zgomote sau scartaituri in ureche? Da / nu

Ati ramas vreodata blocat cu gura deschisa, fara sa o mai puteti inchide? Da / nu

Ati avut extractii dificile in trecut? Da / nu

Ati avut probleme dupa aceea? Da / nu

Descrieti pe scurt ____X(20)_____

Ati avut sangerari puternice dupa extractii? Da / nu

Aveti alte probleme pe care credeti ca ar trebui mentionate in legatura cu starea dvs. de sanatare?

____X(100)_____

Doar pentru copii/adolescenti:

	Da	Nu
A facut vreodata radiografii? Data ultimei radiografii:	X(1)	X(1)
Va fi cooperant sau necooperant?		
A avut vreodata carii?		
Sunt dintii copilului dumneavoastra sensibili la temperatura sau mancare?		
A primit vreodata instructiuni referitoare la igiena bucala?		
Sangereaza gingiile copilului dumneavoastra cand se spala pe dinti?		
Foloseste fluor intr-una din formele urmatoare? Dropsuri, tablete, pasta de dinti		
A mostenit caracteristici faciale sau dentare de la vreun parinte sau ruda? Explicati? _____		
A suferit vreodata fracturi sau alte probleme dentare dupa cazaturi?		
A suferit vreodata fracturi sau alte probleme faciale / la nivelul maxilarului sau mandibulei?		
A folosit copilul dumneavoastra suzeta?		
Si-a supt degetul, limba sau alte obiecte?		

Cine v-a indrumat catre medic? ____X(20)_____

Relatia dumneavoastra cu copilul ____X(100)_____

Nu voi face vinovat medicul dentist sau oricare dintre membrii echipei sale de eventuale omisiuni

Data

____D_____

Semnatura pacientului

____X(20)_____

Teste de validare pentru I6:

Nr.crt.	Denumire câmp	Tip(lungime)	Test de validare
1.	Data	D	- Verificarea tipului de date;

I7 – Bilet de trimitere

BILET DE TRIMITERE

Catre.....X(20).....
Numele.....X(20).....
Prenumele.....X(20).....
C.N.P.9(13).....
Domiciliu.....X(20).....
.....nr. reg. consultatii9(10).....
Diagnostic prezumativ.....X(150).....
.....
.....
.....
.....
.....

Rezultatul investigațiilor medicale.....X(150).....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data trimiterii: Semnatura si parafa:

.....D..... X(20).....

Teste de validare pentru I7:

Nr.crt.	Denumire câmp	Tip(lungime)	Test de validare
1.	CNP	9(13)	- Verificarea introducerii complete a datelor; - Verificarea tipului de date; - Verificarea pe baza caracterului de control;
2.	Nr. reg. consultatii	9(10)	- Verificarea introducerii complete a datelor; - Verificarea tipului de date;
3.	Data	D	- Verificarea tipului de date;

Ziua 9(2) Luna 9(2) Anul 9(4)

[illegible]

Nr.crt.	Denumire câmp	Tip(lungime)	Test de validare
1.	Ziua	9(2)	- Verificarea integrării într-un interval de valori [1-31];
2.	Luna	9(2)	- Verificarea integrării într-un interval de valori [1-12];
3.	Anul	9(4)	- Verificarea integrării într-un interval de valori [2023];
4.	CNP	9(13)	- Verificarea introducerii complete a datelor; - Verificarea tipului de date; - Verificarea pe baza caracterului de control;