

## **Temă PSI**

### **Cap 4.1. Proiectarea ieșirilor**

Ieșirile sistemului sunt:

S1 – Fișă pacient

S2 – Fișă stomatologică

S3 – Fișă de tratament

S4 – Fișă paradontală

S5 – Rețetă

S6 – Bilet de trimitere

S7 – Scrisoare medicală

S8 – Adeverință medicală

S9 – Dosar evidența lucrărilor dentare

S10 – Chitanță servicii stomatologice

S11 – Factură servicii stomatologice

S12 – Formular comandă de achiziție material stomatologice

S13 – Notă recepție materiale stomatologice

S14 – Formular comandă lucrare dentară

S15 – Notă recepție lucrare dentară

În plus

S16 – Consimțământ pacient implanturi

S17 – Acord pacient informat

Matyus Georgiana  
IE, An 3, gr 3

## S1 – Fișă pacient

**FISA PACIENTULUI**

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

*Este in interesul dumneavoastra si pentru buna desfasurare a tratamentului pe care il doriti, completarea:*

Medicul de familie \_\_\_\_\_ X(30) Data ultimei consultatii \_\_\_\_\_ D  
Medicul dentist anterior \_\_\_\_\_ X(30) Data ultimei consultatii \_\_\_\_\_ D  
Ati fost spitalizati \_\_\_\_\_ X(2) anul \_\_\_\_\_ 9(4) pentru \_\_\_\_\_ X(40)  
Ati suferit interventii chirurgicale? X(2) anul \_\_\_\_\_ 9(4) ce anume \_\_\_\_\_ X(40)  
Luati medicamente? \_\_\_\_\_ X(2) ce anume \_\_\_\_\_ X(40) pentru ce \_\_\_\_\_ X(40)

Fumator? Da / Nu  
Aveti reactii alergice? \_\_\_\_\_ X(2) la ce?  
Anestezie \_\_\_\_\_ X(2) Antibiotice \_\_\_\_\_ X(2) Aspirina \_\_\_\_\_ X(2) Iod \_\_\_\_\_ X(2) Latex \_\_\_\_\_ X(2) Nichel \_\_\_\_\_ X(2)  
Altele – mentionati \_\_\_\_\_ X(40)

Doar pentru femei: Insarcinata: da / nu, daca da – luna \_\_\_\_\_ D Alaptati: da / nu  
A inceput menstra? da / nu cand \_\_\_\_\_ D Anticonceptionale da / nu  
S-a instalat menopauza? da / nu cand \_\_\_\_\_ D

Aveti sau ati avut urmatoarele 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		
Despicaturi labio-maxilo-palatine(buza de iepure)			Probleme la vorbit		
Probleme de auz			Probleme de vaz/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 crestere		ADHD	
Osteoporoza		Sindroame genetice _____ X(20)	
Boli neurologice sau psihice*		Tuberculoza	
Altele _____ X(20)			

\*nevralgii, depresie, anxietate, fobii, psihoze

Ati primit injectii? da / nu cand \_\_\_\_\_ D

Ati avut probleme dupa anestezie? da / nu Cum s-au manifestat? \_\_\_\_\_ D

Vi s-au facut extractii dentare? da / nu cand \_\_\_\_\_ D

Ati avut probleme dupa extractii? da / nu Cum s-au manifestat?

Ati suferit interventii chirurgicale la nivelul cavitatii bucale? da / nu cand \_\_\_\_\_ D

Ati avut probleme dupa? da / nu Cum s-au manifestat? \_\_\_\_\_ X(20)

Doar pentru copii/adolescenti:

Inaltimea copilului \_\_\_\_\_ 9(3) Greutatea copilului \_\_\_\_\_ 9(3)

A crescut mai repede in ultima vreme? \_\_\_\_\_ X(2) Cat de mult? \_\_\_\_\_ 9(3)

Inaltimea rudelor: mama \_\_\_\_\_ 9(3) tata \_\_\_\_\_ 9(3)

frati / surori mai mari \_\_\_\_\_ 9(3)

Deficit de atentie da / nu

Declar ca nu voi face vinovat medicul dentist sau oricare dintre membrii echipei sale de eventualele omisiuni

Data  
\_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_

Semnatura pacientului(tutorelui)  
\_\_\_\_\_ X(20) \_\_\_\_\_

**Loc obținere:** Cabinet stomatologic

**Destinație:** Medic dentist

**Număr de exemplare:** 1

**Frecvență:** Se actualizează la fiecare programare

**Dispozitiv/Periferic de ieșire:** imprimanta/calculator

Matyus Georgiana  
IE, An 3, gr 3

## S2 – 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 seringă			Alte zgomete 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 obrazii 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 zgomete 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 eventualele comisiuni

Data

\_\_\_\_D

Semnatura pacientului

\_\_\_\_X(20)

**Loc obținere:** Cabinet stomatologic

**Destinație:** Medic dentist

**Număr de exemplare:** 1

**Frecvență:** Când apare o consultație pentru o problemă stomatologică

**Dispozitiv/Periferic de ieșire:** imprimanta/calculator

### S3 – Fișă de tratament

Dr. ....X(50)..... Data.....D.....

#### FIȘA DE TRATAMENT STOMATOLOGIC NR.: 9(3)

Numele .....X(50)..... Prenumele .....X(50).....  
Domiciliul: județ .....X(50)..... localitatea .....X(50)..... str. ....X(20)..... nr. ...9(3).....  
Profesia .....X(50)..... loc de muncă .....X(50).....  
C.N.P. ....9(13)..... tel. ....X(10).....  
Antecedente heredo-colaterale .....X(100).....

Antecedente personale .....X(100).....

Alergii .....X(100).....

Motivul prezentației .....X(100).....

Tratamente urmate .....X(100).....

Examen dento-parodontal/oglină dentară/diagnostic schematizat

1.8 1.7 1.6 1.5 1.4 1.3 1.2 1.1	2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8
5.5 5.4 5.3 5.2 5.1	6.1 6.2 6.3 6.4 6.5
8.5 8.4 8.3 8.2 8.1	7.1 7.2 7.3 7.4 7.5
4.8 4.7 4.6 4.5 4.4 4.3 4.2 4.1	3.1 3.2 3.3 3.4 3.5 3.6 3.7 3.8

Examenul mucoasei orale .....X(100).....

E.O.P. ....X(100).....

Diagnostic .....X(200).....

Plan de tratament .....X(300).....

Sedinta Nr.	Data	Regiunea tratata si diagnosticul	Tratamentul efectuat	OBS.
9(3)	D	X(50)	X(50)	X(50)

Unitatea în care are loc consultul Medic .....X(20).....

**Loc obținere:** Cabinet stomatologic

**Destinație:** Medic dentist

**Număr de exemplare:** 2

**Frecvență:** În timpul fiecărui consult

**Dispozitiv/Periferic de ieșire:** imprimanta/calculator

Matyus Georgiana  
IE, An 3, gr 3

## S4 – Fișă paradontală

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

Data examinării.....D.....

### FISA PARODONTALA

Nume, prenume.....X(60).....

Data nașterii.....D..... Sex.....X(10).....

Profesia.....X(20).....

Adresa.....X(60).....

Acuze parodontale.....X(30).....

Istoricul bolii.....X(50).....

Factori sistemici.....X(20).....

Examenul exobucal.....X(30).....

Igiena bucală.....X(30).....

Examenul gingival.....X(30).....

Examenul tesuturilor moi orale (mucoasa, fren, bride).....X(30).....

Ocluzia.....X(30).....

Radiografia.....X(30).....

Etiologie: factori locali.....X(30).....

factori ocluzali.....X(30).....

factori sistemici.....X(30).....

Indici parodontali: OHI □ 0 □ 1 □ 2 □ 3

CPITN

Indicele de sașosare.....X(30).....

Plan de tratament.....X(30).....

Prognostic: □ foarte bun □ bun □ rezervat □ slab □ foarte slab

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Data	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sex																
Forma																
VISTIB																
retentie gingivală																
mobilitate I, II, III																
retentie gingivală																
ORAL																
Forma																
Sex																
Data																

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Data	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sex																
Forma																
ORAL																
retentie gingivală																
mobilitate I, II, III																
retentie gingivală																
VISTIB																
Forma																
Sex																
Data																

**Loc obținere:** Cabinet stomatologic

**Destinație:** Medic dentist

**Număr de exemplare:** 1

**Frecvență:** La nevoie, în timpul consultului

**Dispozitiv/Periferic de ieșire:** imprimanta/calculator

Matyus Georgiana  
IE, An 3, gr 3

## S5 – Rețetă

Judetul.....X(20).....  
Localitatea.....X(20).....  
Unitatea.....X(20).....  
  
Numele.....X(20).....Prenume.....X(20).....  
Sex F/M, Vârsta.....9(2).....Domiciliul jud.....X(20).....  
Localitatea.....X(20).....  
Strada.....X(20).....Nr.....9(3).....  
Nr. fișă (reg. cons., foaie obs.).....9(10).....  
Diagnostic.....X(50).....  
.....

Rp./.....  
X(100)

DS  
X(100)

Data.....D.....  
Semnătura și parafa  
medicului

**Loc obținere:** Cabinet stomatologic

**Destinație:** Pacient

**Număr de exemplare:** 1

**Frecvență:** La nevoie, la sfârșitul consultului

**Dispozitiv/Periferic de ieșire:** imprimanta/calculator

**Cod XML:**

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
```

```
<retetamedicala>
```

```
<antet>
```

```
<judet>București</judet>
```

```
<localitate>Sector 3</localitate>
```

```
<unitatemedicala>Cabinet Stomatologic "SmileCare"</unitatemedicala>
```

```
</antet>
```

```
<reteta>
```

```
<numepacient>Popescu</numepacient>
```

Matyus Georgiana  
IE, An 3, gr 3

```
<prenumepacient>Ion</prenumepacient>
<sexpacient>Masculin</sexpacient>
<domiciliujudet>București</domiciliujudet>
<domiciuliulocalitatea>Sector 2</domiciuliulocalitatea>
<domiciuliustrada>Str. Mihai Eminescu</domiciuliustrada>
<domiciuliunr>20</domiciuliunr>
<nrfisa>123456</nrfisa>
<diagnostic>Carie dentară</diagnostic>
<rp>Algocalmin cp 500mg AO nr I(unu)</rp>
<ds>PO 2x1cp/zi, 3-5 zile</ds>
<datareteta>2024-03-31</datareteta>
<semnaturamedic>Dr. Maria Popescu</semnaturamedic>
</reteta>
</retetamedicala>
```

#### Cod JSON:

```
{
  "retetamedicala": {
    "antet": {
      "judet": "București",
      "localitate": "Sector 3",
      "unitatemedicala": "Cabinet Stomatologic \"SmileCare\""
    },
    "reteta": {
      "numepacient": "Popescu",
      "prenumepacient": "Ion",
      "sexpacient": "Masculin",
      "domiciliujudet": "București",
```

Matyus Georgiana  
IE, An 3, gr 3

"domiciuliulocalitatea": "Sector 2",

"domiciuliustrada": "Str. Mihai Eminescu",

"domiciuliunr": 20,

"nrfisa": 123456,

"diagnostic": "Carie dentară",

"rp": "Algocalmin cp 500mg AO nr I(unu)",

"ds": "PO 2x1cp/zi, 3-5 zile",

"datareteta": "2024-03-31",

"semnaturamedic": "Dr. Maria Popescu"

}

}

}



<nrregconsultatii>987654</nrregconsultatii>

Matyus Georgiana  
IE, An 3, gr 3

<diagnosticprezumativ>Consultație stomatologică</diagnosticprezumativ>

<rezultatinvestigatiimedicale>Consultație stomatologică  
generală</rezultatinvestigatiimedicale>

<datatrimiterere>2024-03-31</datatrimiterere>

<semnaturamedic>Dr. Maria Pop</semnaturamedic>

</biletdetrimiterere>

**Cod JSON:**

```
{  
  "biletdetrimiterere": {  
    "destinatie": "Cabinetul Stomatologic \"DentalCare\"",  
    "numepacient": "Popescu",  
    "prenumepacient": "Ana",  
    "cnppacient": 2890123456789,  
    "domiciliupacient": "Str. Libertății nr. 15, București",  
    "nrregconsultatii": 987654,  
    "diagnosticprezumativ": "Consultație stomatologică",  
    "rezultatinvestigatiimedicale": "Consultație stomatologică generală",  
    "datatrimiterere": "2024-03-31",  
    "semnaturamedic": "Dr. Maria Pop"  
  }  
}
```

Matyus Georgiana  
IE, An 3, gr 3

## S7 – Scrisoare medicală

Furnizor servicii medicale..... X(20).....  
Medic..... X(30).....  
Specialitatea..... X(20).....  
Contract CAS..... X(10).....

### SCRISOARE MEDICALA

Domnului/Doamnei dr. ....X(30).....  
Stimate(a) coleg(a), va informam ca pacientul dvs...X(30).....  
.....nascut la data de.....D.....  
CNP.....9(13).....a fost consultat in serviciul nostru  
la data de .....D.....  
Diagnosticul:.....X(100).....  
.....  
.....  
.....  
Tratamentul recomandat:..... X(100).....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data : .....D..... Semnatura si parafa medicului:  
.....X(30).....

**Loc obținere:** Cabinet stomatologic

**Destinație:** Medic specialist

**Număr de exemplare:** 1

**Frecvență:** La nevoie

**Dispozitiv/Periferic de ieșire:** imprimanta/calculator

**Cod XML:**

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
```

```
<scrisoaremedicala>
```

```
<antet>
```

```
<furnizorserviciimedicale>Spitalul Municipal</furnizorserviciimedicale>
```

```
<medic>Dr. Maria Popescu</medic>
```

```
<specialitatea>Medicină dentară</specialitatea>
```

```
<contractcas>123456789</contractcas>
```

```
</antet>
```

```
<scrisoare>
```

Matyus Georgiana  
IE, An 3, gr 3

```
<numemedicspecialist>Dr. Ion Georgescu</numemedicspecialist>
<numepacient>Ana Ionescu</numepacient>
<datanasteriipacient>1990-05-15</datanasteriipacient>
<cnppacient>2900515123456</cnppacient>
<dataserviciustomatologic>2024-03-31</dataserviciustomatologic>
<diagnosticstomatologic>Carie dentară</diagnosticstomatologic>
<tratamentstomatologic>Obturație dentară</tratamentstomatologic>
<datascrisoare>2024-03-31</datascrisoare>
<semnaturamedicdentist>Dr. Maria Popescu</semnaturamedicdentist>
</scrisoare>
</scrisoaremedicala>
```

**Cod JSON:**

```
{
  "scrisoaremedicala": {
    "antet": {
      "furnizorserviciimedicale": "Spitalul Municipal",
      "medic": "Dr. Maria Popescu",
      "specialitatea": "Medicină dentară",
      "contractcas": 123456789
    },
    "scrisoare": {
      "numemedicspecialist": "Dr. Ion Georgescu",
      "numepacient": "Ana Ionescu",
      "datanasteriipacient": "1990-05-15",
      "cnppacient": 2900515123456,
      "dataserviciustomatologic": "2024-03-31",
      "diagnosticstomatologic": "Carie dentară",
      "tratamentstomatologic": "Obturație dentară",
```

Matyus Georgiana  
IE, An 3, gr 3

"datascrisoare": "2024-03-31",

"semnaturamedicdentist": "Dr. Maria Popescu"

}

}

}

Matyus Georgiana  
IE, An 3, gr 3

## S8 – Adeverință medicală

### ADEVERINTA MEDICALA

Se atestă că..... X(20).....sexul M/F  
Numele..... X(20).....Prenumele..... X(20).....  
Cu domiciliul în jud. ....X(20).....localit.....X(20)....str...X(10).....nr...9(3).  
Având ocupația de.....X(20).....la.....X(50).....  
Este suferind de:.....X(30).....  
Se recomandă:..... X(30).....  
S-a eliberat prezenta adeverință pentru a-i servi la:..... X(10).....

Data eliberării:  
Anul...9(4)...luna....9(2)...ziua...9(2)...

Semnatura și parafă:  
X(20)

**Loc obținere:** Cabinet stomatologic

**Destinație:** Pacient

**Număr de exemplare:** 1

**Frecvență:** La nevoie

**Dispozitiv/Periferic de ieșire:** imprimanta/calculator

### S9 – Dosar evidența lucrărilor dentare

[illegible]

**Loc obținere:** Cabinet stomatologic

**Destinație:** Cabinet stomatologic

**Număr de exemplare: 1**

**Frecvență:** După fiecare lucrare dentară efectuată

**Dispozitiv/Periferic de ieșire:** imprimanta/calculator

**Cod XML:**

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
```

<dosarevidentalucraridentare>

<lucredentara>

<nrcrt>1</nrcrt>

<datalucrare>2024-03-31</datalucrare>

<numepacient>Ion Popescu</numepacient>

<medicdentist>Dr. Maria Ionescu</medicdentist>

<diagnostic>Carie dentară</diagnostic>

&lt;tratament&gt;Obturație dentară&lt;/tratament&gt;

&lt;tipullucrarii&gt;Restaurare&lt;/tipullucrarii&gt;

<detalii>Se recomandă revenirea pentru o consultare de control peste 6 luni.</detalii>

</lucraredentara>

<lucraredentara>

<nrcrt>2</nrcrt>

<datalucrare>2024-03-31</datalucrare>

<numepacient>Ana Mihai</numepacient>

<medicdentist>Dr. Andrei Pop</medicdentist>

<diagnostic>Parodontită</diagnostic>

<tratament>Detartraj și periaj profesional</tratament>

<tipullucrarii>Preventiv</tipullucrarii>

<detalii>Pacienta prezintă o sensibilitate la nivelul gingiilor, se recomandă igiena orală riguroasă și revenirea în 3 luni pentru evaluare.</detalii>

</lucraredentara>

<lucraredentara>

<nrcrt>3</nrcrt>

<datalucrare>2024-03-31</datalucrare>

<numepacient>Maria Radulescu</numepacient>

<medicdentist>Dr. Alexandru Georgescu</medicdentist>

<diagnostic>Extracție dentară</diagnostic>

<tratament>Extracție dinte molar</tratament>

<tipullucrarii>Chirurgical</tipullucrarii>

<detalii>Pacienta a prezentat durere la mestecare și inflamație la nivelul molarului inferior drept. Extracția a decurs fără complicații.</detalii>

</lucraredentara>

</dosarevidentalucraridentare>



Matyus Georgiana  
IE, An 3, gr 3

**Cod JSON:**

```
{  
  "dosarevidentalucraridentare": {  
    "lucraredentara": [  
      {  
        "nrcrt": 1,  
        "datalucrare": "2024-03-31",  
        "numepacient": "Ion Popescu",  
        "medicdentist": "Dr. Maria Ionescu",  
        "diagnostic": "Carie dentară",  
        "tratament": "Obturație dentară",  
        "tipullucrarii": "Restaurare",  
        "detalii": "Se recomandă revenirea pentru o consultare de control peste 6 luni."  
      },  
      {  
        "nrcrt": 2,  
        "datalucrare": "2024-03-31",  
        "numepacient": "Ana Mihai",  
        "medicdentist": "Dr. Andrei Pop",  
        "diagnostic": "Parodontită",  
        "tratament": "Detartraj și periaj profesional",  
        "tipullucrarii": "Preventiv",  
        "detalii": "Pacienta prezintă o sensibilitate la nivelul gingiilor, se recomandă igiena orală  
riguroasă și revenirea în 3 luni pentru evaluare."  
      },  
      {  
        "nrcrt": 3,  
        "datalucrare": "2024-03-31",  
        "numepacient": "Maria Radulescu",
```

Matyus Georgiana  
IE, An 3, gr 3

"medicdentist": "Dr. Alexandru Georgescu",

"diagnostic": "Extracție dentară",

"tratament": "Extracție dinte molar",

"tipullucrarii": "Chirurgical",

"detalii": "Pacienta a prezentat durere la mestecare și inflamație la nivelul molarului inferior drept. Extracția a decurs fără complicații."

}

]

}

}

Matyus Georgiana  
IE, An 3, gr 3

### S10 – Chitanță

Nr. Reg. com.:	9(10)						
CIF:	9(10)						
Adresa:	X(20)						
Email:	X(20)						
Tel:	9(10)						
Banca:	X(20)						
Cont:	9(24)						
Am primit de la:	X(20)						
CNP:	9(13)						
Adresa:	X(20)						
Suma de:	9(5)	adica	X(20)				
Reprezentand:	X(20)						
				Semnatura:			
				X(20)			

**Loc obținere:** Cabinet stomatologic

**Destinație:** Pacient

**Număr de exemplare:** 2

**Frecvență:** După fiecare consult

**Dispozitiv/Periferic de ieșire:** imprimanta/calculator

Matyus Georgiana  
IE, An 3, gr 3

### S11 – Factură servicii stomatologice

[illegible]

**Loc obținere:** Cabinet stomatologic

**Destinație:** Contabil(extern)

**Număr de exemplare: 2**

**Frecvență:** După fiecare consult

**Dispozitiv/Periferic de ieșire:** imprimanta/calculator

## S12 – Formular comandă de achiziție material stomatologic

Către  
X(30)

DATELE FIRMEI	ADRESA DE LIVRARE (DACĂ DIFERĂ)/ MODALITATE DE EXPEDIERE
Denumire: .....X(20).....	Adresă de livrare (dacă diferă): .....X(20).....
Adresa: str.....X(20)....., nr.....9(3).....	
cod poștal: ...9(6)....., localitatea: ...X(10).....	
județ...X(10).....	
Telefon: .....9(10).....	Modalitate de expediere (curierat rapid sau ridicare prin delegat): .....X(20).....
Fax: .....9(10).....	În cazul în care ați optat pentru varianta curierat rapid, vă rugăm să specificați firma agreată .....X(20).....
E-mail: .....X(20).....	
Departament: .....X(20).....	
Cod fiscal: .....9(10).....	
Numărul de înmatriculare la R.C.: ....9(10).....	
Contul: .....9(24).....	<b>Vă rugăm să bifați modalitatea de plată a transportului:</b>
Banca: .....X(20).....	<input type="checkbox"/> <b>incluzerea acestuia în valoarea facturii</b>
Persoana de contact: ....X(20).....	<input type="checkbox"/> <b>plată la beneficiar în momentul livrării</b>

[illegible]

X(20)

**Dispozitiv/Periferic de iesire:** imprimanta/calculator

Matyus Georgiana  
IE, An 3, gr 3

## S13 – Notă recepție materiale stomatologice

### Nota de recepție materiale stomatologice

Unitatea: X(20)  
Gestiunea: X(20)

Nr. NIR: 9(3)  
Data: D

Subsemnatul, .....X(20)....., am receptionat valorile materiale furnizate de: ...S.C.....X(20)....., delegat: .....X(20).....,  
auto nr.: .....9(7)....., pe baza documentelor insotitoare: ...X(20)....., constatand: X(20)

Nr. Crt.	Denumire produse sau a servicii /Cod	U.M.	Cantitate inscrisa in doc.	Cantitate primita	P.U. achizitie (fara TVA)	Val. achizitie (fara TVA)	Val. TVA (aferinta)	Camp info. suplimentare
0	1	2	3	4	5	6(=4x5)	7(=6xTVA%)	8
1	X(20)	X(3)	9(3)	9(3)	9(5)	9(5)	9(5)	9(5)
2								
3								
4								
5								
			<b>Total</b>	-	-	9(5)	9(5)	-

Numele si prenumele medicului stomatolog	Semnatura	Numele si prenumele gestionarului	Semnatura
X(20)	X(20)	X(20)	X(20)

**Loc obținere:** Cabinet stomatologic

**Destinație:** Contabil (extern) și furnizor

**Număr de exemplare:** 2

**Frecvență:** La primirea unei comenzi de material stomatologice de la furnizor

**Dispozitiv/Periferic de ieșire:** imprimanta/calculator

Către  
X(30)

DATELE CABINETULUI	ADRESA DE LIVRARE (DACĂ DIFERĂ)/ MODALITATE DE EXPEDIERE
Denumire: .....X(20).....	Adresă de livrare (dacă diferă): ..... X(20).....
Adresa: str.....X(20)..... nr.....9(3).....	
cod poștal: ...9(6)...., localitatea: ... X(10).....	
judet..... X(10).....	
Telefon: ..... 9(10).....	Modalitate de expediere (curierat rapid sau ridicare prin delegat): .... X(20).....
Fax: ..... 9(10).....	În cazul în care ați optat pentru varianta curierat rapid, vă rugăm să specificați firma agreată ..... X(20).....
E-mail: ..... X(20).....	
Cod fiscal: ..... 9(10).....	
Numărul de înmatriculare la R.C.: .... 9(10).....	
Contul: ..... 9(24).....	
Banca: .....X(20).....	
Medic stomatolog: ..... X(20).....	

[illegible]

          x(20)          

**Dispozitiv/Periferic de ieșire:** imprimanta/calculator

## S15 – Notă recepție lucrări dentare

Notă de recepție lucrări dentare								
Unitatea: X(20)			Nr. NIR: 9(3)					
			Data: D					
Subsemnatul, .....X(20)....., am receptionat valorile materiale furnizate de la: .....X(20)....., delegat: .....X(20)....., auto nr.: .....9(7)....., pe baza documentelor insotitoare: ...X(20)....., constatand: X(20)								
Nr. Crt.	Denumire lucrări dentare	U.M.	Cantitate înscrisa în doc.	Cantitate primita	P.U. achizitie (fara TVA)	Val. achizitie (fara TVA)	Val. TVA (aferinta)	Camp info. suplimentare
0	1	2	3	4	5	6(=4x5)	7(=6xTVA%)	8
1	X(20)	X(3)	9(3)	9(3)	9(5)	9(5)	9(5)	9(5)
2								
3								
4								
5								
			Total	-	-	9(5)	9(5)	-
Numele si prenumele medicului stomatolog							Semnatura	
X(20)							X(20)	

**Loc obținere:** Cabinet stomatologic

**Destinație:** Contabil (extern) și technician dentar

**Număr de exemplare:** 2

**Frecvență:** La primirea unei comenzi de lucrare dentară de la tehnicianul dentar

**Dispozitiv/Periferic de ieșire:** imprimanta/calculator



S16 – Consimțământ pacient implanturi

C.M.I./S.C. .... X(20) .....  
SEDIU:.... X(20) .....  
CIF/CUI .... 9(13) .....  
TEL.: 9(10) .....  
E-MAIL: .... X(20) .....

CONSIMTAMANTUL PACIENTULUI PENTRU INSERAREA DE IMPLANTURI

Va rugăm sa cititi acest document cu atentie . Orice intrebare care o aveti , legata de procedurile propuse , trebuie adusa in atentie medicului inainte de a semna acest act si de interventia chirurgicala .

Subsemnatul(a)..... X(20) .....cu domiciliul in localitatea..... X(20) .....str. .... X(20) .....nr. .... X(20) .....bl. .... X(20) .....ap. .... X(20) .....judet. .... X(20) .....jara. .... X(20) .....legitimat (a) cu..... X(20) .....seria..... X(20) .....sc. .... X(20) .....tel. .... X(20) .....in calitate de pacient/representant legal al pacientului..... X(20) .....C.N.P(ul) pacientului/autoritate/permis C.M.I./S.C. .... X(20) .....S.R.L si de ..... X(20) .....si colaboratorilor cooronati de acesta sa realizeze urmatoarea interventie chirurgicala..... X(20) .....

1.Medicii mi-au prezentat diferitele tipuri de implantate folosite in medicina dentara si am fost informat(a) si de alte metode de a inlocui dintii care imi lipsesc , cum ar fi protezele traditionale (fixe sau mobile) , pe care nu le accept . Am fost informat si despre riscurile pe care le implica celelalte alternative de tratament .

Am inteles ca cele mai folosite tipuri de implanturi sunt cele endoosoase , tipul de implant recomandat pentru cazul meu fiind cuprins in aceasta categorie . Am inteles ca implantatele endoosoase ( cunoscute si sub forma de implantate de radacina ) in general au prognostu cea mai pozitivabila .

Am fost informat si mi-am luat angajamentul sa ma intorc in aceasta clinica pentru examinare si pentru orice tratament recomandat cel putin odata la 6 luni , in caz contrar imi asum raspundabilitate . Sunt constient ca reprezentarea mea la control poate pune in pericol succesul clinic al sistemului de implantate . In consecinta , sunt de acord ca medicul meu sa fie eliberat de orice vina si sa fie considerat nevinovat daca esecul implantului se datoreaza ne reprezentarii la control sau nerespectarii tratamentului recomandat de medic . Mi s-a explicat si am inteles ce interventii sunt necesare pentru inserarea implantelor in cavitatea mea bucala .

2. Am fost informat ca in lipsa unui tratament pentru inlocuirea dintilor lipsa sau a protezei existente ma supun unor riscuri printre care :

a) mentinerea actualelor proteze parțiale sau totale se poate face doar in cazul in care ele sunt fie rebazate fie inlocuite la fiecare 3 pana la 5 ani , in caz contrar se va ajunge la resorbția creștei alveolare .

b) orice disconfort sau insuficienta masticatorie prezenta la ora actuala se va mentine sau se poate agrava in timp .

10. Daca in timpul operatiei apar situatii neprevazute , cum ar fi ruperea implantului in timpul etapei de inserare , care necesita alte interventii decat cele deja discutate cu medicul meu , sunt de acord ca medicul meu sa faca o colaborare sau , sa hotarasca si sa faca ceea ce considera ca este necesar in circumstantele date , inclusiv renunțarea la inserarea implantelor .

11. Aprob orice modificare pe care medicul ar putea sa o faca intraoperator in legatura cu alegerea tipului de implant , a materialului ( materialelor ) sau a tipului de ingrijire medicala , daca medicul meu cu judecata sa profesionala , decide ca este spre binele meu sa procedeze asa .

12. In cunoștința de cauza , am facut un raport adevarat al istoricului meu medical in anexa acestui document . Am raportat orice episod alergic sau reactie neobisnuita la medicamente , mancare , muscaturi de insecte , anestezice , polen , praf , sange sau boli de sange , reactii la nivelul mucoasei ( gingiei ) si a tegumentelor , sangerari anormale sau orice probleme survenite in orice domeniu medical , dentar , alte ingrijiri de sanatate si tratament .

13. Inteleg faptul ca exista riscuri asociate acestei proceduri , iar acestea mi-au fost explicate . Printre acestea ( dar nu se limiteaza numai la cele enumerate ) sunt : umflarea ( edemul ) , afectarea sau chiar pierderea altor dinti , a unor obturati preexistente sau a altor restaurari dentare ; infectia sau abcesul ; durerea ; sangerarea semnificativa ce poate fi de durata si in cantitate mare ; probleme sinusale sau nasale sau infectia ; vindecarea grea , pierderea osoasa ; fractura maxilarelor ; lezarea nervilor din vecinatatea locului operat ce poate conduce la durere , parestezia sau anestezia buzelor , obrazilor , fetei , gurii , dintilor si limbii ( care in mod uzual sunt temporare , dar pot fi si permanente ) ; pierderea sau afectarea simului gustativ ; caderea colturilor gurii ; deschiderea accidentală si infectia cavitatii sinusale . Desi se spera obtinerea unui rezultat estetic , acesta nu poate fi garantat . De asemenea , inteleg ca oricare dintre complicatiile enumerate anterior poate necesita un tratament medical , dentar sau chirurgical aditional efectuat la cabinet sau chiar in cadrul unui spital .

14. Sunt de acord ca , daca nu voi urma recomandările si sfaturile medicului meu , in ceea ce priveste ingrijirea postoperatorie , el poate termina aceasta relatie medic-pacient . Sunt constient ca ingrijirea postoperatorie si tratamentul de mentinere sunt critice pentru succesul implantelor dentare . In plus , sunt constient ca pentru mentinerea implantelor sunt necesare vizite de rutina si ingrijire profilactica , de asemenea pot fi necesare si interventii periodice pentru a asigura succesul implantelor . Accept raspundabilitatea oricarei consecințe ne dorite care apare ca urmare a nerespectarii indicatiilor date .

15. Autorizez efectuarea de fotografii , diapozitive , filmari , radiografii sau alte tipuri de inregistrari ca si orice investigatii vizuale complementare tratamentului meu care sa fie folosite ca material didactic . Oricum nu se va folosi nici o fotografie sau alta inregistrare care sa-mi dezvaluie identitatea fara acordul meu scris .

16. Realizez si inteleg ca scopul acestui document este de a evidenta faptul ca eu , in deplina cunoștința de cauza , sunt de acord cu procedurile de implantare recomandate .

Dupa cunostimtele mele am dat un raport exact al istoricului meu de sanatate fizica si mentala . Am raportat eventualele reactii alergice , reactii neobisnuite la medicamente , alimente , intepaturi de insecte , anestezice , polen , praf , boli de sange , boli generale reactii cutanate , sangerari anormale sau alte afectiuni .

c) vor avea loc migrari , basculari sau extruzii ale dintilor restanti .

d) dinti mobili , boala parodontala sau chiar extractii dentare .

e) probabilitatea aparitiei disfuncției temporomandibulare .

3. Sunt constient ca practicarea medicinei dentare si a chirurgiei oro-dentare nu este o stiinta exacta si nu mi s-au dat nici un fel de garantii totale legate de succesul interventiei chirurgicale implantare , de tratamentul si procedurile asociate , sau legate de manoperele stomatologice postchirurgicale . Mai mult , mi s-a explicat ca exista riscul esecului interventiei chirurgicale si sunt constient ca in viitor exista riscul ca implantul sa esueze , uneori fiind necesare reinterventii chirurgicale corectoare pentru indepartarea sau inlocuirea implantului . Remedierea acestui esec si procedurile ulterioare atrag dupa sine costuri suplimentare pe care sunt dispus(a) sa le suport .

4. Inteleg ca succesul unui implant depinde de un numar de variabile care includ , dar nu se limiteaza la : toleranta si sanatatea individuala a pacientului , variatiile anatomice , grija pacientului pentru implant , igiena bucala a pacientului , unele obiceiuri vicioase cum ar fi bruxismul (scurtinul dintilor) , materialul si designul implantului . De asemenea , inteleg ca implantatele sunt disponibile intr-o mare varietate de forme si materiale si ca alegerea implantului este determinata de judecata profesionala a medicilor curanti .

5. Am fost informat de posibilele riscuri si complicatii ale terapiei implantare , ale anesteziei si procedurilor propuse care includ , dar nu se limiteaza la : esecul implantului(implantelor) , inflamatie , tumefactie , infectie , modificari de culoare , parestezii (cu extinderea si durata exacta necunoscuta) , inflamatie a vaselor sangvine , afectarea dintilor existenti , fracturi osoase , perforarea sinusului , vindecare intarziata sau reactii alergice la medicatia utilizata . Nimeni nu mi-a facut nici o promisiune si nu mi-a dat nici o garantie cu privire la consecințele acestui tratament sau acestor proceduri . Inteleg ca aceste complicatii pot aparea chiar daca toate procedurile au fost executate corect .

6. Am fost avertizat ca fumatul , alcoolul sau consumul excesiv de dulciuri poate afecta vindecarea tesuturilor moi si poate limita succesul implantului . Pentru ca nu exista nici o posibilitate de a prezice cu acuratete capacitatea de vindecare a gingiei si osului fiecarui pacient , stiu ca trebuie sa ma prezint la control in mod regulat la medicii care m-au operat si sa urmez instructiunile postoperatorii si de igiena buco-dentara indicate .

7. Am inteles ca o ingrijire buco-dentara eficienta , care include periajul dentar , utilizarea apei de gura , matalui dentare , si a oricarui dispozitiv recomandat de medicul meu , este critica pentru succesul tratamentului , iar daca nu fac acest lucru , imi asum o mare parte din vina pentru esecul implantului . Am inteles ca , cu cat fumez mai mult , cu atat esecul implantului este mai probabil si accept acest risc .

8. Sunt de acord cu tipul de anestezie care mi-a fost prezentat , si posibilele sale efecte secundare locale si generale .

9. In cazul in care medicii considera necesara utilizarea unor materiale sintetice de aditie osoasa sau a unor membrane , sunt de acord sa suport cheltuielile suplimentare pe care acestea le implica . Daca este necesara o augmentare osoasa care necesita o interventie de elevare a planșeiului sinusal , permit si cer medicului si oricarui colaborator ales de el , sa realizeze interventii de chirurgie corectiva pe maxilarul meu . Operatia presupune inserarea unui material de substitutie osoasa , os demineralizat uscat si refrigerat si/sau hidroxiapatita , in planșeul sinusului , in speranta ca osul nou format va fi incorporat in acest material si astfel vor putea fi inserate implantatele . Am fost de acord ca medicii sa decida ce tip de material sa foloseasca in acest scop .

In functie de procedura , implantatele se vor insera in aceeași sedinta sau va fi necesara o a II-a procedura pentru a insera implantatele . Scopul acestui procedeu este de a forma un os de o calitate si cantitate suficienta in zona laterala a maxilarului pentru a stabiliza implantatele care sa poata servi ca stalpi pentru proteze fixe , proteze mobilizabile sau mobile . Medicii mi-au explicat si descris operatia pe intelesul meu . Se intelege ca se asteapta rezultate bune , insa nu exista si nici nu s-a dat o garantie ca vor rezista o anumita perioada de timp .

MENTIONEZ CA AM AVUT POSIBILITATEA SA CITESC SI SA INTELEG PE DEPLIN TERMENII SI CUVINTELE FOLOSITE IN ACEST DOCUMENT SI EXPLICATIILE REFERITOARE LA ACESTEA . MI S-A RASPUNS COMPLET LA TOATE INTREBARILE SI AM AVUT POSIBILITATEA SA CITESC ATENT ACEST FORMULAR INAINTE DE A-L SEMNA .

INCUVINTEZ , INFORMAT FIIND , REALIZAREA INTERVENTIILOR CHIRURGICALE SI PROTETICE .

Semnatura pacientului  
X(20)

Semnatura medicului  
X(20)

Data : D

Loc obținere: Cabinet stomatologic

Destinație: Pacient

Număr de exemplare: 1

Frecvență: Înainte de efectuarea unui implant dentar

Dispozitiv/Periferic de ieșire: imprimanta/calculator

## S17 – Acord pacient informat

### ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

1. <u>Datele pacientului</u>	Numele și prenumele: X(20)	
	Domiciliul/Reședința: X(20)	
2. <u>Reprezentantul legal al pacientului*</u>	Numele și prenumele: X(20)	
	Domiciliul/Reședința: X(20)	
	Calitatea: X(20)	
3. <u>Actul medical (descriere)</u>	X(100)	
4. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătură cu actul medical:	Da	Nu
<u>Date despre starea de sănătate:</u>	X(1)	X(1)
<u>Diagnostic</u>		
<u>Prognostic</u>		
<u>Natura și scopul actului medical propus</u>		
<u>Intervențiile și strategia terapeutică propuse</u>		
<u>Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor:</u>		
<u>Riscurile potențiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor:</u>		
<u>Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor:</u>		
<u>Riscurile neefectuării tratamentului</u>		
<u>Riscurile nerespectării recomandărilor medicale</u>		
5. <u>Consimțământ pentru recoltare:</u>		
<u>Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice.</u>		
6. <u>Alte informații care au fost furnizate pacientului:</u>		
<u>Informații despre serviciile medicale disponibile</u>		
<u>Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata*</u>		
<u>Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte</u>		
<u>Pacientul a fost încunostințat că are dreptul la o a doua opinie medicală.</u>		
7. <u>Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate.</u>		

\* Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ (pentru art. 8 alin. (3)-(5) din normele metodologice).

\* Identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul.

I) Subsemnatul . . . X(20) . . .  
(numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal),  
declară că am înțeles toate informațiile furnizate de către . . . X(20) . . .  
(numele și prenumele medicului/asistentului medical)  
și enumerate mai sus, că am prezentat medicului/asistentului medical doar informații  
adevărate și **îmi exprim acordul informat** pentru efectuarea actului medical.

Data: . . 9(2) . . / . . 9(2) . . / . 9(4) . . Ora: . . 9(4) . .  
Semnătura pacientului/reprezentantului legal care  
consimte informat la efectuarea actului medical  
X(20)

II) Subsemnatul pacient/Reprezentant legal, . . . . . declară că am înțeles toate  
informațiile furnizate de către . . . . . (numele și prenumele medicului/asistentului  
medical care a informat pacientul) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele  
refuzului actului medical și **îmi exprim refuzul** pentru efectuarea actului medical.

Data: . . 9(2) . . / . . 9(2) . . / . 9(4) . . Ora: . . 9(4) . .  
Semnătura pacientului/reprezentantului legal care  
refuză efectuarea actului medical  
X(20)

Tabel cu personalul medical care îngrijește pacientul . . . . . (numele și prenumele pacientului)		
Nr. crt.	Numele și prenumele	Statutul profesional
1	X(20)	X(20)
2		
3		
4		
5		
...		

**Loc obținere:** Cabinet stomatologic

**Destinație:** Pacient

**Număr de exemplare:** 1

**Frecvență:** Înainte de începerea oricărui tratament stomatologic

**Dispozitiv/Periferic de ieșire:** imprimanta/calculator