~~I1 – Factură de la furnizorul de material stomatologice~~

~~I2 – Factură de la tehnicianul dentar pentru realizarea lucrării dentare~~

~~\*I3 – Scrisoare medicală medic specialist~~

~~I4 – Fișă consultație medic specialist~~

~~\*I5 – Fișă medicală pacient~~

~~\*I6 - Fișă stomatologică~~

~~\*I7 - Bilet de trimitere medic stomatolog~~

~~I8 - Registru de programare~~

Furnizor servicii medicale....... X(20)..........................

Medic.............. X(30)..................................................

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

Contract CAS............ X(10).........................................

**SCRISOARE MEDICALĂ**

Domnului/Doamnei dr. .......X(30).............................................

Stimate(ă) coleg(ă), va informăm că pacientul dvs…X(30)………. ...................................................născut la data de………D…………

CNP............9(13)...................a fost consultat în serviciul nostru

la data de ......D...........

Diagnosticul:.....X(100)................................................................

....................................................................................................

....................................................................................................

....................................................................................................

....................................................................................................

Tratamentul recomandat:....... X(100)........................................

....................................................................................................

....................................................................................................

....................................................................................................

....................................................................................................

....................................................................................................

Data : Semnătura și parafa medicului:

.....D............. ............ X(30)...........................

Județul ………X(20)………………………..

Localitatea ……… X(20)…………………..

Unitatea sanitară …… X(20)……………

**FIȘĂ DE CONSULTAȚII MEDICALE**

Nume ………… X(20)…………………………… Prenume ………… X(20)…………………………. Sexul M/F

CNP: …………….9(13)…………………………… Starea civilă …… X(20)…………………………………………..

Domiciliul: localitatea …… X(20)………………….strada …… X(20)…………………………. nr … 9(3)…

Ocupația …… X(20)………………………………………… Întrep., inst. … X(20)…………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Schimbări de:

|  |  |
| --- | --- |
| domiciliu | loc de muncă (întrep., inst.) |
| …… X(20)…………………………………………......... | ……… X(20)………………………………………………. |
| ………………………………………………………………… | ……………………………………………………………….. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antecedente: heredo-colaterale …… X(20)…………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

personale ……… X(20)……………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Condiții de muncă ………… X(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………….

# FIȘA MEDICALĂ PACIENT

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 injectie? 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** **Semnatura pacientului(tutorelui)**

**\_\_\_D\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_X(20)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# 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 sangereaza gingiile cand va spalati pe dinti? Da / nu

De cate ori va periati 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 sanatate?

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 omisiuni

**Data** **Semnatura pacientului**

\_\_\_\_D\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_X(20)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**BILET DE TRIMITERE**

Catre……… X(20)..……………………………………………..

Numele………… X(20).…………………….………………….

Prenumele ……… X(20)…..…………………….……………

C.N.P. ……………9(13)…………………….……………………

Domiciliu………… X(20)……………………….………………

………………….nr. reg. consultatii ………9(10)………

Diagnostic prezumativ………X(150)……………………

………………………………………….……………………………...

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

Rezultatul investigatiilor medicale……X(150)…….

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

Data trimiterii: Semnatura si parafa:

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

# REGISTRU DE PROGRAMARE

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr. Crt.** | **Nume și prenume** | **CNP** | **Vârsta** | **Ora** | **Semnătura pacientului** |
| 9(3) | X(30) | 9(13) | 9(3) | T | X(30) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |