

# Fisa pacient

**Dr. Ana-Maria Iercan**

NUME: \_\_\_\_\_ PRENUME: \_\_\_\_\_

SEX : M / F

DATA NASTERII : \_\_\_\_\_

ADRESĂ : \_\_\_\_\_

TELEFON : \_\_\_\_\_

GREUTATE : \_\_\_\_\_ INALȚIME : \_\_\_\_\_

OCUPAȚIE : \_\_\_\_\_

DATA PREZENTĂRII : \_\_\_\_\_

Beneficiați în acest moment de tratament medical ?

Numele medicului (de familie sau al specialistului )

Adresa și telefonul medicului respectiv :

Data : \_\_\_\_\_ Semnatura pacientului

## Va rugăm să completați următorul formular:

1. Aveți dureri dentare în acest moment? ☐ Da ☐ Nu
2. Va este teama de tratamentul stomatologic? ☐ Da ☐ Nu
3. Ați avut experiențe neplăcute în cabinetul dentar? ☐ Da ☐ Nu
4. Ați fost internat în ultimii 2 ani? ☐ Da ☐ Nu
5. Ați fost sub observație medicală în ultimii 2 ani? ☐ Da ☐ Nu
6. Ați efectuat în ultimii 2 ani analize medicale de rutină? ☐ Da ☐ Nu
7. Beneficiați de tratamente medicamentoase ? ☐ Da ☐ Nu

În cazul în care luați medicamente, specificați numele acestora

**Antibiotice** ☐ Da ☐ Nu, **Antihipertensive** ☐ Da ☐ Nu , **Digitalice** ☐ Da ☐ Nu , **Nitroglicerina** ☐ Da ☐ Nu  
**Antihistaminice** ☐ Da ☐ Nu , **Aspirina** ☐ Da ☐ Nu , **Anticoagulante** , ☐ Da ☐ Nu , **Tranchilizante** ☐ Da ☐ Nu  
**Sedative** ☐ Da ☐ Nu , **Insulina/alte antidiabetice** ☐ Da ☐ Nu , **Hormoni tiroidieni** ☐ Da ☐ Nu  
**Anticonceptionale** ☐ Da ☐ Nu , **Antialgice** ☐ Da ☐ Nu , **Alte medicamente** ☐ Da ☐ Nu

Menționați care sunt acestea : \_\_\_\_\_

8. Sunteți alergic? ☐ D ☐ Nu

Specificați tipul alergiei :

- ☐ alimentară
- ☐ nealimentară ( praf, polen, înțepături insecte, latex)
- ☐ medicamentoasă ☐ Penicilina ☐ Sulfamide ☐ Aspirina ☐ Alte antibiotice ☐ Eritromicina ☐ Anestezice (Xiloc., Novoc.) ☐ Codeina ☐ Alte substanțe : \_\_\_\_\_

În cazul unei alergii, descrieți reacțiile avute : \_\_\_\_\_

9. Suferiți de epilepsie? ☐ Da ☐ Nu

10. Ați suferit sau suferiți de afecțiuni precum :

☐ Nevralgii ☐ Da ☐ Nu , ☐ Psihoza ☐ Da ☐ Nu , ☐ Nevroza ☐ Da ☐ Nu , ☐ Schizofrenie ☐ Da ☐ Nu

11. Ați suferit sau suferiți de boli respiratorii? ☐ Da ☐ Nu

☐ astm ☐ bronșită ☐ TBC ☐ pneumonie

12. Ați suferit sau suferiți de afecțiuni ORL? ☐ Da ☐ Nu

☐ rinită ☐ sinuzită ☐ adenoidită ☐ amigdalită

13. Ați sângerat vreodată mai mult sau un timp mai îndelungat în urma unei intervenții chirurgicale sau a unui traumatism ? ☐ Da ☐ Nu

14. Aveți probleme de coagulare a sângelui? ☐ Da ☐ Nu

15. Suferiți de diabet? ☐ Da ☐ Nu Ce tip? \_\_\_\_\_

16. Ati suferit sau suferiti de boli hematologice? ☐ Da ☐ Nu

○ anemie ○ hemofilie ○ agranulocitoza ○ leucemie ○ trombocitopenie

17. Ati suferit sau suferiti de boli cardiace sau afectiuni circulatorii? ☐ Da ☐ Nu

○ insuficienta cardiaca, ○ angina pectorala, ○ infarct, ○ tulburari de ritm cardiac, ○ Pace-Maker, ○ Malformatii cardiace congenitale, ○ Proteza valvulara, ○ Hipertensiune arteriala, ○ Hipotensiune arteriala, ○ ischemie cerebrala-AVC

18. Ati suferit sau suferiti de boli infectioase? ☐ Da ☐ Nu

○ Hepatita tip A : ☐ Da ☐ Nu , tip B : ☐ Da ☐ Nu , tip C : ☐ Da ☐ Nu , ○ SIDA ☐ Da ☐ Nu

Ati efectuat testul HIV în ultimele 6 luni? ☐ D ☐ Nu

19. Ati suferit sau suferiti de boli hepatice? ☐ Da ☐ Nu

○ ciroza ○ icter

20. Ati avut sau aveti probleme digestive? ☐ Da ☐ Nu

○ gastrita ○ ulcer ○ colecistita ○ colita ○ pancreatita

21. Ati suferit sau suferiti de afectiuni uro-genitale? ☐ Da ☐ Nu

○ insuficienta renala ○ dializa ○ cistita ○ nefrita ○ boli cu transmitere sexuala

22. Ati suferit sau suferiti de osteoporoza? ☐ Da ☐ Nu

23. Ati suferit sau suferiti de artrita reumatoida? ☐ Da ☐ Nu

24. Ati avut sau aveti probleme hormonale? ☐ Da ☐ Nu. Daca da, de ce fel? \_\_\_\_\_

25. Ati avut sau aveti afectiuni tumorale? ☐ Da ☐ Nu. Daca da, de ce fel? \_\_\_\_\_

26. Ati beneficiat de tratamente chirurgicale? ☐ Da ☐ Nu. Daca da, de ce fel? \_\_\_\_\_

27. Ati urmat sau urmati tratament radioterapeutic? ☐ Da ☐ Nu

28. Ati urmat sau urmati tratament chimioterapeutic? ☐ Da ☐ Nu

29. **Pentru femei** - Sunteti însărcinata? ☐ Da ☐ Nu . Daca da, in ce luna \_\_\_\_ Obstetrician : \_\_\_\_\_

Câte nasteri ati avut? \_\_\_\_\_

Sunteti la menopauza? ☐ Da ☐ Nu . Momentul instalarii acesteia \_\_\_\_\_

30. Sunteti sau ati fost dependent de droguri? ☐ Da ☐ Nu

Daca da, ce fel? \_\_\_\_\_

31. Ati mai urmat tratamente stomatologice? ☐ Da ☐ Nu . Când? \_\_\_\_\_

Din ce motiv? \_\_\_\_\_

32. Cunoasteti **riscurile anesteziei dentare**? ☐ Da ☐ Nu

( Leziuni vasculare, Leziuni nervoase, Necroza mucoasei, Fracturi ale acului, Înghitirea sau aspirarea acului, Intoxicatii sistemice, Reactii de hipersensibilitate sau alergice, Reactii adverse date de vasoconstrictor)

33. Cunoasteti **riscurile tratamentului endodontic**? ☐ Da ☐ Nu

( Anestezia incompleta, Perforatii ale camerei pulpare, Perforatii radiculare, Perforatii în timpul pregatirii pentru RCR, Obstruarea canalelor radiculare, Reactii advere la diverse substante, Iritatii tisulare locale, Reactii neurotoxice, Obturatii de canal incomplete, Obturatii de canal cu depasire, Fracturi radiculare )

Daca nu va sunt cunoscute aceste riscuri, va rugam sa cereti medicului informatii amanuntite despre acestea.

**Declar toate aceste date corespunzatoare realitatii si sunt de acord cu efectuarea tratamentului stomatologic.**

**In caz ca apar modificari in privinta starii mele de sanatate sau a medicatiei ma oblig sa informez medicul stomatolog.**

**Semnatura pacient**

**Data**