

## CHESTIONAR DE EVALUARE A STĂRII GENERALE

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_

domiciliat(a) in \_\_\_\_\_

legitimata(a) cu B.I./C.I. seria \_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, in calitate de:

1. Pacient(a) prezentat(a) \_\_\_\_\_

2. Reprezentant legal al \_\_\_\_\_ in varsta de \_\_\_\_\_ prezentat(a) \_\_\_\_\_

3. Apartinator (sot/sotie, frate/sora, \_\_\_\_\_) al pacientului(ei) prezentat(a) \_\_\_\_\_, declar următoarele date:

**Sunteti/este posibil să fiti gravida<sup>1</sup>?**       da       nu

Dacă sunteti gravida, precizati ce varsta are sarcina (in saptamani) \_\_\_\_\_

**Sunteti in perioada ciclului menstrual<sup>1</sup>?**       da       nu

**Suferiti de alergii sau intolerante medicamentoase sau nemedicamentoase?**       da       nu

Daca raspunsul este afirmativ, precizati la ce anume: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Urmati un anumit tratament (medicamentos, homeopatic, fitoterapic etc.)?**       da       nu

Daca raspunsul este afirmativ, precizati medicamentul/produsul si doza administrata:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**Ati urmat tratament cu antibiotice in ultimele doua saptamani?**  da  nu

Daca raspunsul este afirmativ, precizati medicamentul si doza: \_\_\_\_\_

**Urmati tratament cu anticoagulante?**  da  nu

Daca raspunsul este afirmativ, precizati:

a) medicamentul si doza administrata: \_\_\_\_\_

b) valoarea INR: \_\_\_\_\_

**Urmati tratament cu: Fosamax, Fosavance, Actonel, Bonviva, Zometa, Aclasta (bifosfona?i)?**  da  nu

Daca raspunsul este afirmativ, precizati:

a) medicamentul si doza administrata: \_\_\_\_\_

b) calea de administrare:  intravenoasa;  orala.

c) de cat timp urmati acest tratament (luni/ani) \_\_\_\_\_

d) valoarea  $\beta$  cross-laps: \_\_\_\_\_

**Suferiti sau ati suferit de vreo boala acuta sau cronica?**  da  nu

Daca raspunsul este afirmativ, precizati ce boala(i):

- boli congenitale:  \_\_\_\_\_

- boli profesionale:  \_\_\_\_\_

- boli de inima:  angina pectorala;  infarct miocardic (precizati cand: \_\_\_\_\_)

aritmii (fibrilatie etc.)  blocuri  insuficienta cardiaca (precizati clasa NYHA \_\_\_\_\_)

valvulopatii (precizati care: \_\_\_\_\_)  endocardita infectioasa;

interventii chirurgicale cardiace (precizati \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_)

altele: \_\_\_\_\_

- boli vasculare:  arteriopatie obliteranta;  tromboflebita;  hipotensiune arteriala

hipertensiune arteriala (precizati cea mai mare valoare tensionala avuta \_\_\_\_\_ mmHg)

accident vascular cerebral (precizati cand: \_\_\_\_\_);  altele: \_\_\_\_\_

- boli ale aparatului respirator:  astm bronic  emfizem;  bronșita cr.;  TBC (precizati daca ati urmat tratament \_\_\_\_\_);  altele: \_\_\_\_\_ - boli digestive:

gastrite/ulcer gastro-duodenal;  altele: \_\_\_\_\_

- boli hepatice:  steatoza hepatica;  hepatită cronică;  ciroza;  altele: \_\_\_\_\_

- boli renale:  insuficienta renala (precizati daca urmati hemodializa \_\_\_\_\_)

- diabet:  tratament cu insulina;  tratament cu antidiabetice orale

- boli endocrine:  hipotiroidie;  hipertiroidie;  altele: \_\_\_\_\_

- boli reumatismale:  poliartrită reumatoidă;  colagenoze;  altele: \_\_\_\_\_

- boli scheletale:  osteoporoză;  altele: \_\_\_\_\_

- boli neurologice:  epilepsie;  altele: \_\_\_\_\_

- boli psihice:  depresie;  schizofrenie;  altele: \_\_\_\_\_

- manifestari neuro-vegetative:  atacuri de panică

- boli hematologice:  anemie;  talasemie;  leucemie acuta;  leucemie cronica;

hemofilie;  trombocitopenie;  boala von Willebrand;  altele: \_\_\_\_\_

- boli infectioase:  hepatită virală  B,  C,  D,  HIV;  altele: \_\_\_\_\_

- neoplasme: \_\_\_\_\_

- alte boli: \_\_\_\_\_

**Ati mai fost supus(a) unor interventii chirurgicale?**  da  nu

Daca raspunsul este afirmativ, precizati ce interventie(i): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Daca raspunsul este afirmativ, precizati tipul de anestezie:  loco-regionala;  sedare;

generala;  altul: \_\_\_\_\_

Daca raspunsul este afirmativ, precizati daca in timpul sau după interventia chirurgicala au aparut incidente:

nu  da (precizati ce anume): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ati primit transfuzii de sange/derivate:  da  nu

**Vi s-au mai efectuat tratamente stomatologice?**  da  nu

- mi s-au realizat tratamente stomatologice  fără anestezie,  cu anestezie locală,

cu anestezie locală si sedare inhalatorie,  cu anestezie locală si sedare intravenoasă,

cu anestezie generala.

**La tratamentele stomatologice anterioare au aparut accidente/incidente sau complicatii la utilizarea anestezicelor?**  da  nu

- au aparut:  lesin,  greata,  alergii,  altele

\_\_\_\_\_

**Sunteti/ati fost consumator de:**

- tutun?:  nu  da (precizati ce cantitate/zi si cat timp ati fumat/fumati):

\_\_\_\_\_

- alcool?:  nu;  da (precizati ce cantitate/zi si cat timp ati consumat/consumati alcool): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  ati  
avut probleme atunci cand nu ati mai consumat alcool? \_\_\_\_\_

- droguri?:  nu  da (precizati ce drog/droguri utilizati): \_\_\_\_\_

***Certific ca am citit si inteles pe deplin cele de mai sus si declar ca datele furnizate de mine in acest chestionar sunt reale si complete. Imi asum intreaga responsabilitate pentru incidente sau complicatii ce pot sa apara in eventualitatea ca aceste date sunt false sau incomplete.***

Data completarii:

Semnatura declarant<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_

2

2În cazul reprezentantului legal/apartinatorului se va completa numele si prenumele in clar, precum si calitatea fata de pacient.