

## CHESTIONAR DE EVALUARE A STĂRII GENERALE

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_  
domiciliat (ă) în \_\_\_\_\_  
legitimat (ă) cu B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, în calitate de:  
1. Pacient (ă) prezentat (ă) \_\_\_\_\_  
2. Reprezentant legal al \_\_\_\_\_ în vârstă  
de \_\_\_\_\_ prezentat (ă) \_\_\_\_\_  
3. Aparținător (soț/soție, frate/soră, \_\_\_\_\_) al pacientului (ei)  
prezentat (ă) \_\_\_\_\_, declar următoarele  
date:

**Sunteți/este posibil să fiți gravidă<sup>1</sup>?**  da  nu

Dacă sunteți gravidă, precizați ce vârstă are sarcina (în săptămâni) \_\_\_\_\_

**Sunteți în perioada ciclului menstrual<sup>1</sup>?**  da  nu

**Suferiți de alergii sau intoleranțe medicamentoase sau nemedicamentoase?**  da  nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați la ce anume: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați medicamentul/produsul și doza administrată: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ați urmat tratament cu antibiotice în ultimele două săptămâni?**  da  nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați medicamentul și doza: \_\_\_\_\_

**Urmați tratament cu anticoagulante?**  da  nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați:

a) medicamentul și doza administrată: \_\_\_\_\_

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

**Urmați tratament cu: Fosamax, Fosavance, Actonel, Bonviva, Zometa, Aclasta (bifosfonați)?**  da  nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați:

a) medicamentul și doza administrată: \_\_\_\_\_

b) calea de administrare:  intravenoasă;  orală.

c) de cât timp urmați acest tratament (luni/ani) \_\_\_\_\_

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

**Suferiți sau ați suferit de vreo boală acută sau cronică?**  da  nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați ce boală (i):

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

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

- boli de inimă:  angină pectorală;  infarct miocardic (precizați când: \_\_\_\_\_)

aritmii (fibrilație etc.)  blocuri  insuficiență cardiacă (precizați clasa NYHA \_\_\_\_\_)

valvulopatii (precizați care: \_\_\_\_\_)  endocardită infecțioasă;

intervenții chirurgicale cardiace (precizați \_\_\_\_\_)

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

<sup>1</sup>Vor completa doar persoanele de sex feminin aflate la vârsta fertilă (14-55 de ani).

- boli vasculare:  arteriopatie obliterantă;  tromboflebită;  hipotensiune arterială  
 hipertensiune arterială (precizați cea mai mare valoare tensională avută \_\_\_\_\_ mmHg)
- accident vascular cerebral (precizați când: \_\_\_\_\_);  altele: \_\_\_\_\_
- boli ale aparatului respirator:  astm bronșic  emfizem;  bronșită cr.;  TBC (precizați dacă ați urmat tratament \_\_\_\_\_);  altele: \_\_\_\_\_
- boli digestive:  gastrite/ulcer gastro-duodenal;  altele: \_\_\_\_\_
- boli hepatice:  steatoză hepatică;  hepatită cronică;  ciroză;  altele: \_\_\_\_\_
- boli renale:  insuficiență renală (precizați dacă urmați hemodializă \_\_\_\_\_)
- diabet:  tratament cu insulină;  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: \_\_\_\_\_
- manifestări neuro-vegetative:  atacuri de panică
- boli hematologice:  anemie;  talasemie;  leucemie acută;  leucemie cronică;  
 hemofilie;  trombocitopenie;  boala von Willebrand;  altele: \_\_\_\_\_
- boli infecțioase:  hepatită virală  B,  C,  D;  HIV;  altele: \_\_\_\_\_
- neoplasme: \_\_\_\_\_
- alte boli: \_\_\_\_\_

**Ați mai fost supus(ă) unor intervenții chirurgicale?**  da  nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați ce intervenție(i): \_\_\_\_\_

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați tipul de anestezie:  loco-regională;  sedare;

generală;  altul: \_\_\_\_\_

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați dacă în timpul sau după intervenția chirurgicală au apărut incidente  nu  da (precizați ce anume): \_\_\_\_\_

Ați primit transfuzii de sânge/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 și sedare inhalatorie,  cu anestezie locală și sedare intravenoasă,
- cu anestezie generală.

**La tratamentele stomatologice anterioare au apărut accidente/incidente sau complicații la utilizarea anesteziilor?**  da  nu

- au apărut:  leșin,  greață,  alergii,  altele \_\_\_\_\_

**Sunteți/ați fost consumator de:**

- tutun?:  nu  da (precizați ce cantitate și cât timp ați fumat/fumați): \_\_\_\_\_

- alcool?:  nu;  da (precizați ce cantitate și cât timp ați consumat/consumați alcool): \_\_\_\_\_

ați avut problema atunci când nu ați mai consumat alcool? \_\_\_\_\_

- droguri?:  nu  da (precizați ce drog/droguri utilizați): \_\_\_\_\_

*Certific că am citit și înțeles pe deplin cele de mai sus și declar că datele furnizate de mine în acest chestionar sunt reale și complete. Îmi asum întreaga responsabilitate pentru incidente sau complicații ce pot să apară în eventualitatea că aceste date sunt false sau incomplete.*

**Data completării:**

**Semnătura declarant<sup>2</sup>**

\_\_\_\_\_

<sup>2</sup>În cazul reprezentantului legal/apartinătorului se va completa numele și prenumele în clar, precum și calitatea față de pacient.