



Str. Costache Marinescu nr. 14, Sector 1, București
Telefon/Fax: 021/222 56 71; Tel/Fax:021/222 05 44
Email:secretariat@cmdr.ro;www.cmdr.ro

CUI: 16962265

Banca:LIBRA INTERNET BANK - Sucursala Ștefan cel Mare
Cont IBAN RON: **RO54BREL070002685RO11001**

DECIZIA NR. 3

*În temeiul art. 500 și 502 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății,
cu modificările și completările ulterioare,*

Consiliul Național al Colegiului Medicilor Dentiști din România

adoptă următoarea

DECIZIE

Art. 1. Chestionarul de evaluare a stării generale care face obiectul anexei nr. 1 la Decizia Consiliului Național al Colegiului Medicilor Dentiști din România nr. 4/2008 se modifică și se înlocuiește cu modelul din anexa nr. 1, parte integrantă din prezenta decizie.

Art. 2. Prezenta decizie se comunică colegiilor teritoriale și intră în vigoare începând cu data de 19.02.2013.

Președintele Colegiului Medicilor Dentiști din România,
Prof. dr. Ecaterina Ionescu



București, 19.01.2013

Nr. 3

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 gravidă¹? da nu

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

Sunteți în perioada ciclului menstrual¹? 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 β 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: _____

¹Vor 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 declarant²

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