



4TEENS

## FIȘĂ CLINICĂ

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Medic \_\_\_\_\_

### 1. INFORMAȚII DESPRE COPIL

Nume \_\_\_\_\_ Prenume \_\_\_\_\_

Data nașterii\* \_\_\_\_\_

Prietenii îi spun \_\_\_\_\_

Adresa: Str. \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Bl. \_\_\_\_\_ Sc. \_\_\_\_\_ Ap. \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_

Județ \_\_\_\_\_ Oraș/Localitate \_\_\_\_\_

Cod Poștal \_\_\_\_\_ Grădinița/Școala \_\_\_\_\_

### 2. INFORMAȚII DESPRE PĂRINȚI / REPREZENTANT LEGAL

#### Mama

Nume \_\_\_\_\_

Prenume \_\_\_\_\_

E-mail\* \_\_\_\_\_

Telefon\* \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

#### Tata

Nume \_\_\_\_\_

Prenume \_\_\_\_\_

E-mail\* \_\_\_\_\_

Telefon\* \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

\*Vă rugăm precizați numele persoanei care însoțește copilul (membru al familiei, reprezentant legal, etc.)

#### Motivele prezentării

Urgență  Consultație de specialitate  Control periodic

Altele \_\_\_\_\_

### 3. ISTORIC MEDICAL DENTAR

Este prima vizită în cabinetul stomatologic?  Da  Nu

Dacă NU, când a avut loc ultima vizită la medicul stomatolog? \_\_\_\_\_

A avut experiențe neplăcute în cabinetul stomatologic?  Da  Nu

Dacă DA, vă rugăm să detaliați \_\_\_\_\_

# CHESTIONAR DE EVALUARE A STĂRII GENERALE\*

*\*Formular conform Deciziei nr. 3 adoptată de Consiliul Național al Colegiului Medicilor Dentişti din România, în temeiul art. 500 și 502 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.*

**Copilul suferă de alergii sau intoleranțe medicamentoase sau nemedicamentoase (alimentare)?**  DA  NU

Dacă Da, precizați la ce anume: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Copilul urmează un anumit tratament (medicamentos, homeopatic, fitoterapie etc.)?**  DA  NU

Dacă Da, precizați medicamentul / produsul și doza administrată: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Copilul a urmat un tratament cu antibiotice în ultimele două săptămâni?**  DA  NU

Dacă Da, precizați medicamentul și doza: \_\_\_\_\_

**Copilul urmează un tratament cu anticoagulante?**  DA  NU

Dacă Da, precizați:

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

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

**Copilul are alergii la contactul cu:**  latex;  metal

**Copilul suferă sau a suferit de vreo boală acută sau cronică?**  DA  NU

Dacă Da, precizați ce boală (i):

**a) boli congenitale:**  \_\_\_\_\_

**b) 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: \_\_\_\_\_

**c) boli vasculare:**  arteriopatie obliterantă;  tromboflebită;  hipotensiune arterială;

hipertensiune arterială (precizați cea mai mare valoare tensională avută \_\_\_\_\_ mmHg)

accident vascular cerebral (precizați când: \_\_\_\_\_);  altele: \_\_\_\_\_

**d) boli ale aparatului respirator:**  astm bronșic;  emfizem;  bronșită cr.;  TBC

(precizați dacă a urmat tratament \_\_\_\_\_);  altele: \_\_\_\_\_

**e) boli digestive:**  gastrite/ulcer gastro duodenal;  altele: \_\_\_\_\_

**f) boli hepatice:**  steatoză hepatică;  hepatită cronică;  ciroză;  altele:

**g) boli renale:**  insuficiență renală (precizați dacă urmează hemodializă) \_\_\_\_\_

**h) diabet:**  tratament cu insulină;  tratament cu antidiabetice orale

**i) boli endocrine:**  hipotiroidie;  hipertiroidie;  altele: \_\_\_\_\_

**j) boli reumatismale:**  poliartrită reumatoidă;  colagenoze;  altele: \_\_\_\_\_

**k) boli scheletale:**  osteoporoză;  altele: \_\_\_\_\_

**l) boli neurologice:**  epilepsie;  altele: \_\_\_\_\_

**m) boli psihice:**  depresie;  schizofrenie;  altele: \_\_\_\_\_

n) manifestări neuro-vegetative: atacuri de panică

o) boli hematologice: anemie; thalasemie; leucemie acută; leucemie cronică;

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

p) boli infecțioase: hepatită virală B, C, D; HIV; altele: \_\_\_\_\_

q) neoplasme: \_\_\_\_\_

r) alte boli(care nu au fost menționate mai sus): \_\_\_\_\_

Copilul are deficit de vitamina D (rahitism) sau calciu?  DA  NU

Copilul a suferit în ultimele 6/12 luni de o boală a copilăriei? boala mână-gură-picior

scarlatină varicelă rujeolă rubeolă oreion

Copilul suferă de tulburări de comportament?  DA  NU

Dacă Da, precizați ce tulburare (i): \_\_\_\_\_

Copilul mai fost supus unor intervenții chirurgicale?  DA  NU

Dacă Da, precizați ce intervenție (i): \_\_\_\_\_

Dacă Da, precizați tipul de anestezie: loco-regională; sedare; generală; altul: \_\_\_\_\_

Dacă Da, precizați dacă în timpul sau după intervenția chirurgicală au apărut incidente  DA  NU

(precizați ce anume): \_\_\_\_\_

Copilul a primit transfuzii de sânge/derivate:  DA  NU

Copilul a mai efectuat tratamente stomatologice?  DA  NU

- i 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.

Când a efectuat ultimul control stomatologic?

în ultimele 6 luni; acum aproximativ 1 an; acum 2 sau mai mulți ani

Când a efectuat ultima dată radiografii dentare?

în ultimele 6 luni; acum aproximativ 1 an; acum 2 sau mai mulți ani

La tratamentele stomatologice anterioare au apărut accidente/incidente sau complicații la utilizarea anestezicelor?  DA  NU

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

Copilului îi sângerează gingiile când se spală pe dinți?  DA  NU  Câteodată

Ziua sau noaptea își scrâșnește dinții?  DA  NU  Câteodată

Ține creionul între dinți?  DA  NU  Câteodată

Certific că am citit și înțeles pe deplin cele de mai sus și declar că datele furnizate în fișa pacientului 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Semnătură părinte \_\_\_\_\_

În cazul reprezentantului legal/apartinătorului se vor completa numele și prenumele în clar, precum și tipul de relație raportată la pacient. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Toate informațiile privind starea de sănătate a pacientului au fost furnizate în prezența:

Dr. \_\_\_\_\_ Semnătură medic \_\_\_\_\_