

Date initiala:

Date ulterioare (revizuite):

## CHESTIONAR MEDICAL INITIAL

**Toate intrebarile din acest chestionar sunt strict confidentiale si devin parte a fisei dvs medicale**

nume:

M  
 F

CNP

Status Marital

singur/a  concubinaj  casatorit/a  Separat/a  Divortat/a  vaduv/a

### ANTECEDENTE PERSONALE

**Bolile copilariei**  scarlatina  rujeola  Rubeola  varicela  RAA  Polio

**Vaccinari si datele vacinarii**  Tetanus  DP  
 Hepatita  Varicela  
 Gripal  altele

Notati orice probleme medicale diagnosticate alti medici

**AFECTIUNI CHIRURGICALE :**

anul Motivul Spitalul

**ALTE SPITALIZARI :**

Anul Motivul Spitalul

Ati avut vreodata o transfuzie ?.....  DA  NU

Alergii la : <input type="checkbox"/> praf <input type="checkbox"/> polen <input type="checkbox"/> fum <input type="checkbox"/> altele.....	
<b>Alergii la Medicamente</b>	
Numele medicamentului	Reactia pe care ati avut-o
<b>OBICEIURI</b>	
<b>Exercitii Fizice :</b>	<input type="checkbox"/> Sedentar(fara exercitii fizice) <input type="checkbox"/> sport <input type="checkbox"/> Ocazional <input type="checkbox"/> Exercitii fizice Regulate (4 ori /saptamina pentru 30 minute)
<b>Dieta:</b>	Tineti dieta?..... <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> Nu Daca da , dieta a fost recomandata de medic? ..... <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> Nu Mincarea sarata <input type="checkbox"/> mult <input type="checkbox"/> potrivit <input type="checkbox"/> putin
<b>Cafeina:</b>	<input type="checkbox"/> deloc <input type="checkbox"/> Cafea <input type="checkbox"/> ceai <input type="checkbox"/> Cola <span style="float: right;">nr. Cesti/cani pe zi?</span>
<b><u>Toate intrebarile ce urmeaza sunt optionale si vor fi pastrate stict confidential.</u></b>	
<b>Alcool:</b>	Beti alcool? ..... <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> Nu Daca da, ce fel de alcool? _____ cite pahare pe saptamina ? _____ Vreodata, betie pina la pierderea cunostiintei? ..... <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> Nu Conduceti dupa ce beti ? ..... <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> Nu
<b>Tutun :</b>	Fumati ? ..... <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> tigarete - buc/zi <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Pipa - nr/zi</span> <input type="checkbox"/> tigari - nr /zi <input type="checkbox"/> nr de ani <input type="checkbox"/> de citi ani v-ti lasat de fumat
<b><u>Toate intrebarile ce urmeaza sunt optionale si vor fi pastrate stict confidential.</u></b>	
<b>Druguri:</b>	Ati folosit vreodata droguri ? ..... <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> Nu V-ati injectat vreodata droguri ? ..... <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> Nu

<b><u>Toate intrebarile ce urmeaza sunt optionale si vor fi pastrate stict confidential.</u></b>					
<b>Securitate personala :</b>		Traiti singur? ..... <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> Nu		Aveti caderi frecvente cu pierdere cunostinta? ..... <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> Nu	
		Aveti viziuni sau pierderi de auz ? ..... <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> Nu			
<b>ANTECEDENTE HEREDO COLATERALE</b>					
<b>tatal</b>	_____ virsta	<b>Virsta cind a murit</b>	<b>Cauza mortii/boli semnificative</b>	<b>virsta</b>	<b>Cauza mortii/boli semnificative</b>
<b>mama</b>				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<b>Frati si surori</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

## SANATATE MENTALA

- Este stresul o problema majora, pentru dumneavoastra ? .....  da  Nu
- Va simtiti deprimat ? .....  da  Nu
- Intrati in panica cind sinteti stresat ? .....  da  Nu
- Aveti probleme cu apetitul alimentar? .....  da  Nu
- Plingeti frecvent? .....  da  Nu
- Ati incercat sa va sinucideti sau sa va provocati un rau dvs insiva? .....  da  Nu
- Aveti probleme cu apetitul si activitatea sexuala ? .....  da  Nu
- Aveti probleme cu somnul ? .....  da  Nu
- Ati fost consultata vreodata de un psiholog sau psihiatru? .....  da  Nu

## NUMAI PENTRU FEMEI

- Virsta primei menstruatii :                      Data ultimei menstruatii:
- Perioada menstruală                      zile . Perioada dureroasa, ciclu neregulat , dureros ? .....  da  Nu
- Numar sarcini                      numar nasteri
- Sunteti insarcinata? .....  da  Nu
- Ati avut cezariana, histerectomie sau anexectomie? .....  da  Nu
- Infectii urinare sau infectii ale rinichiului in ultimul an? .....  da  Nu
- Singe in urina? .....  da  Nu
- Pierdeti urina ? .....  da  Nu
- In perioada ciclului sau in timpul ciclului aveti dureri, nervozitate , altele .....  da  Nu
- Aveti probleme cu sinii (noduli scurgeri)? .....  da  Nu
- Data ultimului examen PAPANICOLAU ?

## NUMAI PENTRU BARBATI

- De obicei va sculati sa urinati noaptea? .....  da  Nu    daca da, de cite ori ?
- Durere sau arsura la urinat? .....  da  Nu
- Singe in urina? .....  da  Nu
- Scaderea fortei de a urina si a jetului (picatura pe pantof)? .....  da  Nu
- Infectii urinare sau ale prostatei in ultimile 12 luni ? .....  da  Nu
- Probleme cu erectia si ejacularea? .....  da  Nu
- Dureri in testicol? .....  da  Nu
- Data ultimului tuseu rectal?

## ALTE PROBLEME DE SANATATE

**Bifati daca ati avut /aveti , vreun simptom in urmatoarele arii anatomice , cu descriere pe scurt**

- piele
- cap/git
- urechi
- nas
- laringe
- plamini

- piept/inima
- spate
- intestine
- vezica urinara
- vezica biliara
- Circulatie

- Schimbari recente in :**
- greutate  energie
  - tulburari somn
- Alte dureri/discomfort:**

**Semnatura pacientului**

**data**