

Fișa sănătății dumneavoastră

✓ Această fișă ne ajută să avem grijă mai bine de dumneavoastră și este elaborată în conformitate cu Decizia 3/2006 a Consiliului național al Colegiului medicilor din România, în conformitate cu art.500 și art 502 din Legea 95/2006 cu modificările și completările ulterioare, Decizia 15/2016 privind acordul informat al pacientului . Vă rugăm să completați cu atenție și dacă apar modificări în starea dvs. de sănătate să ne anunțați cu prima ocazie.

Nume și prenume: _____ Data nașterii: _____ Tel. _____

Adresa de domiciliu: _____

CNP: _____ E-mail: _____

Vă este teamă de stomatolog? Da / Nu Dacă da cât de tare? (minim) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maxim)

Când ați fost ultima dată la stomatolog? _____ Din ce motiv? _____

Ați avut o reacție ciudată la un medicament sau anestezic în trecut? _____

Ce probleme medicale aveți în acest moment? _____

Aveți un tratament pe care îl urmați în acest moment? _____

Loc de munca sau meserie cu risc medical: _____

Aveți probleme cu constipația? Da / Nu

Aveți probleme cu coloana? Da / Nu

Aveți probleme la urinare? Da / Nu

Ce folosiți atunci când aveți o durere? •Un antiinflamator de la farmacie _____

•Un produs fitoterapeutic _____

•Metodă autohipnoză _____

•Nimic

Ați avut vreodată probleme cu sângerare prelungită la stomatolog sau chirurgicală? _____

Sunteți alergic(ă) la cauciuc sau alte materiale ori substanțe? _____

Există altă informație despre starea dvs. de sănătate care nu a fost inclusă în întrebările de mai sus? _____

De unde sau de la cine ați aflat de noi: _____

Declar că, atât cât cunosc în acest moment, aceste informații sunt corecte și complete. Am luat la cunoștință faptul că ascunderea condiției mele medicale poate duce la complicații medicale, chiar vitale, în timpul tratamentului medical solicitat.

Data completării: _____

Semnătura: _____

Acord informat manopere Medicină Stomatologică Integrativă

1. Date personale		
1.1. Nume și prenume:		
1.2. Domiciliu/reședință:		
2. Reprezentantul legal al pacientului **Se utilizează în cazul minorilor sau al majorilor fără discernământ.		
2.1. Nume și prenume:		
2.2. Domiciliu/reședință:		
2.3. Calitate:		
3. Actul medical (descriere):		
4. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătură cu actul medical:		
	Da	Nu
4.1. Date despre starea de sănătate		
4.2. Diagnostic		
4.3. Prognostic		
4.4. Natura și scopul actului medical propus		
4.5. Intervențiile și strategia terapeutică propuse, adaptate cazului		
4.6. Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor:		
4.7. Riscurile potențiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor:		
4.8. Alternative viabile de tratament adaptate cazului și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor:		
4.9. Riscurile neefectuării tratamentului		
4.10. Riscurile nerespectării recomandărilor medicale		
5. Consimțământ pentru recoltare probe biologice		
5.1. Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice	Da	Nu
6. Alte informații care au fost furnizate pacientului		
	Da	Nu
6.1. Informații despre serviciile medicale disponibile		
6.2. Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata* *Identificat în tabelul cu personalul medical care acordă îngrijiri de sănătate pacientului.		
6.3. Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte		
6.4. Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală		
7. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate	Da	Nu

I. ACCEPT EFECTUAREA ACTULUI MEDICAL.		
<p>Subsemnatul(a),*, declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către dr Georgiana Petrescu și echipa, mai sus-enumerate, că am prezentat medicului dentist doar informații adevărate și că îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.</p> <p>* Numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal.</p>		
<p>_____</p> <p>(Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical)</p>	<p>Data:</p> <p>__ __</p> <p>__ __</p>	<p>Ora:</p> <p>__</p>

II. REFUZ EFECTUAREA ACTULUI MEDICAL.		
<p>Subsemnatul(a),*, declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către dr Georgiana Petrescu și echipa, mai sus-enumerate, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical și că îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.</p> <p>* Numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal.</p>		
<p>_____</p> <p>(Semnătura pacientului/reprezentantului legal care refuză efectuarea actului medical)</p>	<p>Data:</p> <p>__ __</p> <p>__ __</p>	<p>Ora:</p> <p>__</p>

Tabel cu personalul medical care acordă îngrijiri de sănătate dnei/drei/dlui _____

Nr. crt.	Numele și prenumele	Profesia	Gradul profesional/specialitatea
1.	Petrescu Georgiana	Medic stomatolog endodont	Master și Doctorat endodontie, Medic rezident in endodontie, Competenta acupunctura
2.			
3.			

Acord și evaluare stomatologie integrativă

În acest moment vă supără ceva? _____

Când și cum au început simptomele? _____

Scâșniți dinții noaptea în somn sau ziua? Da / Nu

Dormiți cu gura deschisă? Da / Nu Sforăiți? Da / Nu

Țineți în gura obiecte ca să vă concentrați? Da / Nu

Țineți mâna sub bărbie sau sub obraz? Da / Nu

Cum au (avut) părinții dvs dinții și gingiile? _____

Încercuiți modul în care v-ați născut? Naștere naturală Cezariana Cordonul ombilical în jurul gâtului

Ce culoare vă place cel mai mult dintre următoarele? Verde Roșu Galben Alb Negru Albastru

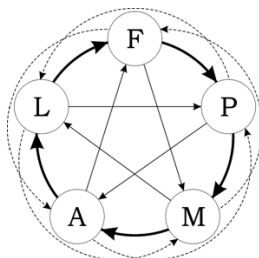
Ce culoare vă displace? Verde Roșu Galben Alb Negru Albastru

Ce gust este favoritul dvs.? Acru Amar Dulce Picant Sărat

Ce gust vă displace? Acru Amar Dulce Picant Sărat

Data completării: _____ Semnătura: _____

Observații medic: _____



FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT

în vederea efectuării tratamentelor chirurgicale în cabinetul de medicina stomatologică

Subsemnatul(a).....având domiciliul / reședința situat(ă) în (localitatea, b-dul, str., aleea, intrarea etc.)_____ nr. ___bl ___sc ___et. ___ap.

___(sector/judet)(tara)..... legitimat(ta) cu B.I./C.L/pasaport) seria

nr..... tel._____ cod numeric personal (al pacientului) _____, autorizez și permit

SC Clinica pentru zâmbetul tău med srl, în cadrul clinicii Dentree Center de medicină stomatologică și dr. Georgiana Petrescu precum și colaboratorilor coordonați de aceasta să realizeze următoarele intervenții chirurgicale:

Menționez că am fost informat(ă) cu privire la natura, scopul, beneficiile și riscurile neefectuării intervenției chirurgicale și a celorlalte opțiuni terapeutice care mi-au fost explicate pe înțelesul meu, inclusiv faptul că am dreptul de a solicita și o altă opinie medicală.

Mi s-au prezentat și am înțeles riscurile asociate, respectiv consecințele pe care le presupune Intervenția chirurgicală (anticipate sau prevazute), cât și riscurile pe care le impun investigațiile necesare intervenției chirurgicale mai sus-mentionate.

Înțeleg că toate procedurile specifice intervenției chirurgicale și cele corespunzătoare investigațiilor asociate pot implica și riscuri imprevizibile (inclusiv riscul de deces).

Totodată, mi s-a explicat și am înțeles că toate procedurile de chirurgie efectuate în cabinetul de medicină stomatologică presupun o serie de riscuri, unele inevitabile: reacții alergice/toxice la medicamente și substanțe anestezice pre-, intra- și postoperator; hemoragie intra- și postoperatorie; hematoame, echimoze, edeme postoperatorii; dureri în teritoriul oro-maxilo-facial: dehiscenta plăgilor; lezarea dinților învecinați; hipoestezia/anestezia nervului alveolar inferior, mentonier, lingual, infraorbitar; infecții ale spațiilor fasciale cervico-faciale; osteita/osteomielita oaselor maxilare; sinuzite maxilare; comunicare oro-sinuzala sau oro-nazala: fracturi ale oaselor maxilare; accidente prin ruperea instrumentarului în timpul manevrelor chirurgicale; escoriații, plăgi, ulceratii produse prin contactul mucoaselor cu instrumentarul chirurgical sau cu substanțe medicamentoase.

De asemenea, înțeleg necesitatea consultului interdisciplinar însoțit de avizul de specialitate pentru efectuarea intervenției chirurgicale.

Declar ca sunt conștient (ă) de aceste riscuri și le accept fără a solicita ulterior daune materiale sau morale medicului stomatolog curant sau cabinetului de medicina stomatologică.

Ca urmare, înțeleg necesitatea acestei intervenții chirurgicale pe care doresc să o efectuez și declar că nu am primit nici o garanție sau asigurare în ceea ce privește rezultatul final. În scopul realizării intervenției chirurgicale consimt la administrarea anesteziei loco-regionale, fiind informat(ta), pe intelesul meu, asupra riscurilor administrării substanțelor anestezice în corelație cu starea generală, fiind conștient(a) de riscurile pe care le presupune. În consecință și în condițiile precizate îmi dau liber și în cunoștință de cauză consimțământul pentru intervenția chirurgicală prezentată.

În conformitate cu art. 19 și 20 din Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului,

îmi exprim acordul / nu îmi exprim acordul de a participa în calitate de pacient la învățământul medical clinic și la cercetarea științifică, precum și cu privire la fotografierea/filmarea mea pre-, intra- și post-operator, toate aceste informații putând fi folosite în scop didactic, medical și științific, înțeleg că în timpul realizării intervenției chirurgicale/investigațiile pot fi prezente în spațiul afectat efectuării acesteia și alți membri ai personalului medical sau alte persoane autorizate, în scopurile mai sus arătate, și **consimt / nu consimt** la prezenta acestora.

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și ca urmare semnez prezentul Consimțământ informat.

Data _____

Semnatura pacientului / reprezentantului legal

Status dentar inițial

55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75

Culoare dentară: _____

Diagnostic: _____

Plan de tratament propus: _____

Data: _____

Semnătura și parafa: _____