

CHESTIONAR STARE DE SANATATE

Categoria examinata:

- Angajare
- Verificare periodica
- Examinare la solicitare

NUME _____ **PRENUME** _____

Data nasterii ____/____/____ Sex Masculin Feminin

Ocupatie _____

Domiciliu / Resedinta _____

Angajator _____ De cand? _____

Activitate actuala _____

Ultima examinare pentru siguranta circulatiei _____

Policlinica (Unitatea sanitara) _____

Data ____/____/____

1. Ati fost desemnat vreodata inapt pentru siguranta circulatiei?

Nu Da

Daca "Da", data ____/____/____

Detalii: _____

2. Aveti probleme de sanatate?

Nu Da

Daca "Da", care? _____

3. Ati avut probleme de sanatate sau accidente legate de munca de la ultima examinare?

Nu Da

Daca "Da", detalii: _____

4. Ati avut in ultimii 5 (cinci) ani vreo boala, accidente, raniri, otraviri, care sa necesite spitalizare sau interventie chirurgicala

Nu Da

Daca "Da", care? _____

5. Ati fost examinat psihologic vreodata?

Nu Da

Daca "Da", pentru ce? _____

6. Luati medicamente in prezent?

Nu Da

Daca "Da", care sunt acestea si pentru ce afectiune _____

7. Medicamente _____

Dozare _____

Data primei prescriptii ____/____/____

Motiv _____

8. Fumati?

Nu Fost fumator din data ____/____/____ Da

Daca "Da", cat zilnic? _____

9. Consumati bauturi alcoolice?

Nu Da

Daca "Da", cat zilnic? _____

10. Consumati droguri sau substante etnobotanice?

Nu Da

Daca "Da", ce si cat? _____

11. Ati avut sau aveti una dintre bolile de mai jos? (Raspundeti la fiecare intrebare cu da sau nu; daca da, va rugam precizati la observatii)

Boli ale ochilor / Operatii la ochi Nu Da

Sindrom de apnee in somn (opriri ale respiratiei in timpul somnului) Nu Da

Boli cardiace Nu Da

Diabet zaharat Nu Da

Ameteli, cazuri de lesin, pierderea cunostintei Nu Da

Probleme psihice Nu Da

Boli gastrointestinale Nu Da

Cancer Nu Da

Insomnii Nu Da

Dezintoxicari datorate consumului de alcool, medicamente, droguri Nu Da

Surzenie Nu Da

Boli renale Nu Da

Epilepsie, paralizie Nu Da

Astm sau boli ale plamanilor Nu Da

Boli ale sangelui (de exemplu, anemie) Nu Da

Femei: sunteti gravida? Nu Da

Alte boli? Nu Da _____

Observatii:

Prin aceasta declar ca datele de mai sus le-am completat cu atentie, nu am dat date false si nici nu am ascuns informatii importante.

Localitate, data:
solicitantei

Semnatura solicitantului /

**ADEVERINTA DE LA MEDICUL DE FAMILIE
ESTE OBLIGATORIE**