

## Chestionar pentru anamneză – Adulți

(Vă rugăm marcați cu X caseta potrivită și să predați foaia medicului!)

Date personale, inclusiv numărul de identificare ZAB

Data: .....

Sex: bărbătesc  femeiesc  Naționalitate: ..... Sarcină: luna a .....

Persoană singură  Uniune de familie

- 
- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Sunteți bolnav/ă ?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 2. Luați medicamente ?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 3. Sunteți vaccinat împotriva unor boli ?                        | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 4. S-a efectuat la dvs. un test pe piele pentru TBC (test IDR) ? | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 5. Aveți sau ați avut o boală contagioasă?                       | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Tuberculoză ?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Hepatită?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| HIV?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Vărsat de vânt?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Rujeolă (pojar)?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Rubeolă (pojărel)?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Difterie?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Sifilis (Lues)?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Alte boli venerice?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Tifos, paratifos ?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Holeră?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 6. Aveți dureri?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 7. Aveți febră sau ați avut febră în ultimele 6 săptămâni ?      | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 8. Aveți o tuse puternică ?                                      | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 9. Aveți greață sau vomitați ?                                   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 10. Aveți crampe abdominale sau diaree?                          | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 11. Aveți sânge în scaune?                                       | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 12. Aveți dureri la urinare ?                                    | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 13. Aveți o erupție pe piele ?                                   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |

.....  
Semnătura

Observații ale medicului:

.....  
Semnătura medic

## Chestionar pentru anamneză – Copii

(Vă rugăm marcați cu X caseta potrivită și predați foaia medicului!)

Date personale, inclusiv numărul de identificare ZAB

Data: .....

Sex:        bărbătesc         femeiesc         Naționalitate: .....        Vârsta: .....

- 
- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Copilul dvs. este bolnav?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 2. Copilul dvs. ia medicamente ?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 3. Copilul dvs. este vaccinat împotriva unor boli?                      | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 4. S-a efectuat la copilul dvs. un test pe piele pentru TBC (test IDR)? | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 5. Are sau a avut copilul dvs. o boală contagioasă?                     | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Tuberculoză?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Hepatită?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Vărsat de vânt ?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Oreion?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Rujeolă (pojar)?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Rubeolă?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Difterie?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 6. Are copilul dvs. dureri?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 7. Are copilul dvs. febră?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 8. Are copilul dvs. o tuse puternică?                                   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 9. Are copilul dvs. greață sau vomită?                                  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 10. Are copilul dvs. crampe abdominale sau diaree ?                     | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 11. Are copilul dvs. o erupție pe piele?                                | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |

Observații ale medicului:

.....  
Semnătura

.....  
Semnătura medic