

FISA DE CONSULTATIE

NUME..... PRENUME.....

Sex: M F Varsta:... ani

Domiciliu:.....

**Profesia: Stare civila: casatorit
necasatorit**

Copii: Nu Da Nr.....

Greutate:.....kg

BMI:.....kg/mp

Inaltime:..... m

Cicumferinta abdominala:..... cm

Cicumferinta solduri:.....cm

Raport WHR:.....

Diagnostic:.....

.....
.....
.....

Recomandari:.....

.....
.....
.....

Data.....

Semnatura/parafa medicului

CHESTIONAR MEDICAL

Stimata Doamna/Stimate Domn

Acest chestionar medical este destinat unei bune evaluari
inaintea interventiei chirurgicale!

Chestionarul consta din intrebari care va permit sa raspundeti, in
general prin "DA" sau "NU", bifand raspunsul corect!

CURBA PONDERALA

*Ce greutate aveati cand ati devenit adult(18-20 ani)? kg Nu stiu
SAU la 14 ani in cazul adolescentilor)? kg Nu stiu

*Care a fost greutatea maxima? actuala ,
sau ...kg, cand(anul).....

*Ati incercati sa slabiti? Niciodata
Da o data de mai multe ori

*Prin ce metode? Regim:nutritionist personal altele
Intensificarea activitatii fizice: Da Nu
Medicamente de slabit : (Regenon Xenical
Reductil Herbalife Alli Altele

*Care a fost ce mai performanta cura de slabire(cate kg)?kg,
de la.....kg la.....kg, in perioada de timp deluni

*Cat v-ati mentinut? luni ani nesemnificativ

*V-ati ingrasat mai mult("yo-yo" prezent)? Nu Da

COMPORTAMENT ALIMENTAR

*Cate mese aveti /zi? una 2-3mese 3+ 2 gustari neregulate

*Care este masa principala? dimineata pranz seara noaptea

*Ce tip de mancare preferati? preparata in casa fast food
sandwich-uri neselectiv

Altele(specificati ce anume):.....

*Mancati tot din farfurie? Nu Da

*Va mai puneti daca va place? Nu Da

*Mancati repede? Nu Da

*Mancati peste noapte? Nu Da

*Ciuguliti intre mese? Nu Da Ce preferati

.....
*Mancati de stres? Nu Da Ce preferati

.....
*Mancati dulciuri? Nu Da Zilnic Bisaptamanal

3-4 ori/sapt ocazional f. rar

Tipul preferat : ciocolata inghetata patiserie

Altele(specificati ce)

*Apreciati senzatiile de foame? Foarte intensa Intensa Nesemnificativa

*Apreciati instalarea senzatiei de satietate?

Rapida Tardiva

*Ce lichide beti? Apa plata Apa minerala

Sucuri tip Coca/Pepsi

Naturale

Orice fel

*Consumati regulat peste 1 l sucuri dulci pe zi? Nu Da

*Consumati regulat peste 1/2 l de vin sau 2 beri pe zi? Nu Da

*Fumati: Nu Da Cate tigarete/zi.....

ACTIVITATE FIZICA

*Ati practicat sport de performanta? Nu Da Ce anume.....

*Actual practicati regulat sport? Nu Da Ce anume.....

*Activitatea dumneavoastra profesionala este sedentara? Nu Da

*Faceti miscare in mod regulat(mers pe jos)? Nu Da

*Mergeti la masaj? Nu Da

*Mergeti la sauna? Nu Da

*Mergeti la piscina? Nu Da

*Sunteti complet sedentar? Nu Da

ANTECEDENTE FAMILIALE

***Obezitate:** Nu Da : linie paterna linie materna frate sora

***HTA:** Nu Da : linie paterna linie materna frate sora

***Diabet:** Nu Da : linie paterna linie materna frate sora

Precizati tipul de diabet:insulinodependent antidiabetice orale regim

***Dislipidemie:** Nu Da : linie paterna linie materna frate sora

***Tumori:** Nu Da : linie paterna linie materna frate sora

Specificati organul afectat:

.....

ANTECEDENTE PERSONALE

*Aveti alergii?(antibiotice,iod sau alte medicamente,polen,praf,alimente)

Nu Da Mentionati:.....

.....

*Aveti interventii chirurgicale?

Nu Da Mentionati:.....

.....

*Aveti diabet? Nu Da Valoarea maxima a glicemiei:.....

Faceti insulina? Nu Da ADO: Nu Da

*Aveti HTA? Nu Da Valoarea maxima a TA.....

Ce medicamente luati?.....

*Aveti dislipidemie? Nu Da Medicamente:.....

*Ati avut deja un infarct? Nu Da Cand(anul)

*Ati avut deja flebita? Nu Da

*Aveti angina pectorala? Nu Da Medicamente.....

*Aveti insuficienta cardiaca? Nu Da Medicamente:.....

*Aveti bronsita,astm sau emfizem? Nu Da Nu stiu

*Ati avut deja o embolie pulmonara? Nu Da

*Aveti steatoza hepatica? Nu Da Nu stiu

*Aveti insuficienta renala? Nu Da Nu stiu

*Aveti suferinte endocrine? Nu Da Nu stiu

*Aveti tulburari genitale? Nu Da Nu stiu

*Alte boli cunoscute:

.....

.....

*Luati medicamente anticoagulante? Nu Da

antiinflamatoare? Nu Da

anticonceptionale Nu Da

*Alte medicamente:.....

.....

*Ati sangerat mai mult dupa o extractie dentara sau alte interventii?

Nu Da Detalii.....

*Ce grup sangvin aveti? OI AII BIII ABIV Nu stiu

CONDITIE BIOLOGICA ACTUALA

- *Obositi usor sau respirati cu dificultate daca urcati un etaj? Nu Da
- *Sforaiti noaptea? Nu Da
- *Aveti sleep apnea? Nu Da
- *Dormiti in pozitie sezanda sau pe mai multe perne? Nu Da
- *Adormiti instantaneu cateva secunde in cursul zilei? Nu Da
- *Aveti palpitatii sau dureri in piept la efort minim? Nu Da
- *Aveti varice la membrele inferioare? Nu Da
- *Vi se umfla picioarele? Nu Da : numai seara tot timpul
- *Aveti modificari de culoare a tegumentului gambelor? Nu Da
- *Aveti dureri in gamba in timpul mersului? Nu Da
- *Aveti dureri de spate? Nu Da de sold? Nu Da
de genunchi? Nu Da
- *Aveti dinti fragili sau proteze dentare? Nu Da
- *Aveti reflux gastro-esofagian sau regurgitatii? Nu Da
- *Aveti tranzit intestinal normal? Da Nu:Constipatie Colon iritabil
- *Aveti adesea un comportament anxios Nu Da
- *Aveti tendinta la depresie? Nu Da / plangeti usor? Nu Da

MOTIVATIA DE A SLABI

- * Motive medicale:
- *Ma preocupa perspectiva
- *Considerente estetice
- *Dorinta de a procrea
- *Altele

Formulati cu cuvintele dumneavoastra.....

.....

Alte remarci cu privire la starea de sanatate,la interventie sau la anestezie

.....

.....

Sunteti dispus sa respectati recomandarile medicale dupa operatie?

Nu

Da

Data:

Semnatura pacient