

FORMULAR DE ISTORIC MEDICAL

Informații despre pacient

Nume, prenume: Vârsta:

Data nașterii:/...../..... Ora și minutul nașterii:/.....

Sex: masculin feminin Status marital:

Înălțime:..... Greutate:.....

Telefon:.....

E-mail:

Ocupație:..... Angajator:.....

Ați mai efectuat tratamente de acupunctură? da nu

Antecedente Personale

În copilărie ați avut o stare de sănătate : excelentă bună medie proastă

Verificați și bifați care dintre următoarele patologii/statusuri ale stării de sănătate le-ați prezentat în trecut:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> alcoolism | <input type="checkbox"/> boli vasculare | <input type="checkbox"/> SIDA/HIV |
| <input type="checkbox"/> boli psihice | <input type="checkbox"/> oreion | <input type="checkbox"/> alergii |
| <input type="checkbox"/> epilepsie | <input type="checkbox"/> diabet zaharat | <input type="checkbox"/> astm |
| <input type="checkbox"/> glaucom | <input type="checkbox"/> meningită | <input type="checkbox"/> boli cardiace |
| <input type="checkbox"/> utilizare de antibiotice | <input type="checkbox"/> scleroză multiplă | <input type="checkbox"/> boli digestive |
| <input type="checkbox"/> cancer | <input type="checkbox"/> sângerări cu ușurință | <input type="checkbox"/> boli renale |
| <input type="checkbox"/> hipertensiune arterială | <input type="checkbox"/> pneumonie | <input type="checkbox"/> hepatită |
| <input type="checkbox"/> hipertermie | <input type="checkbox"/> artrită reumatoidă | <input type="checkbox"/> varicelă |
| <input type="checkbox"/> hipertiroidism | <input type="checkbox"/> accident vascular cerebral | <input type="checkbox"/> pojar |
| <input type="checkbox"/> hipotiroidism | <input type="checkbox"/> tuberculoză | <input type="checkbox"/> consum de droguri |
| <input type="checkbox"/> icter | <input type="checkbox"/> ulcer gastro-duodenal | <input type="checkbox"/> alte boli: |

Prezentați o boală infecțioasă? da nu posibil

- dacă da, este vorba de:

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HIV/SIDA | <input type="checkbox"/> Hepatită B | <input type="checkbox"/> Hepatită C | <input type="checkbox"/> gripă |
| <input type="checkbox"/> infecție streptococică | <input type="checkbox"/> mononucleoză | <input type="checkbox"/> tuberculoză | |
| <input type="checkbox"/> altele: | | | |

Urmați tratament cu Cumarină sau Warfarină? da nu

Aveți montat pacemaker (stimulator cardiac) ? da nu

Aveți convulsii ? da nu

Alergii cunoscute:

Verificați și marcați cu o bifă dacă aveți în prezent următoarele

Qi, sânge, yin

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> anxietate | <input type="checkbox"/> palpitații |
| <input type="checkbox"/> răceli frecvente sau multiple | <input type="checkbox"/> neliniște |
| <input type="checkbox"/> durere toracică cu iradiere spre umăr | <input type="checkbox"/> leziuni la nivelul vârfului limbii |
| <input type="checkbox"/> picioare reci | <input type="checkbox"/> probleme de vorbire |
| <input type="checkbox"/> mâini reci | <input type="checkbox"/> transpirații spontane |
| <input type="checkbox"/> dificultăți de concentrare | <input type="checkbox"/> sete nocturnă |
| <input type="checkbox"/> amețeli | <input type="checkbox"/> te simți rău după efort fizic |
| <input type="checkbox"/> somn perturbat de vise | <input type="checkbox"/> vedere cu puncte negre |
| <input type="checkbox"/> piele uscată | |
| <input type="checkbox"/> oboseala | |
| <input type="checkbox"/> febrilități sau îmbujorări după masa | |
| <input type="checkbox"/> slăbiciune generală | |
| <input type="checkbox"/> senzație de căldură la nivelul mâinilor, picioarelor, pieptului | |
| <input type="checkbox"/> insomnie | |
| <input type="checkbox"/> confuzie mentală | |
| <input type="checkbox"/> transpirații nocturne | |

Plămân

- alergii
- frisoane alternând cu febră
- gât și umeri înțepeniți
- rinoree (secreții nazale)
- tuse
- strănut
- gură, gât, nas uscate
- respirație dificilă
- sângerare nazală
- dureri de gât
- congestie sinusală
- scurtarea respirației
- senzații dureroase
- cefalee

Cord/pericard

- durere toracică
- edeme
- hipertensiune arterială
- hipotensiune arterială
- insomnie
- palpitații
- accident vascular cerebral
- vene varicoase

Ficat/vezică biliară

- gust amar
- te înfurii ușor
- te simți mai bine după exerciții
- ochi roșii
- vedere încețoșată
- senzație de apăsare toracică
- durere toracică
- trismus (maxilar blocat)
- erupție cutanată
- diaree alternând cu constipație
- dificultăți la înghițire
- convulsii
- ochi uscați
- senzație de nod în gât
- ochi roșii, inflamați sau iritați
- durere la nivelul cutiei toracice
- amorțeli în mâini și picioare
- spasme musculare sau crampe
- durere de cap la nivelul creștetului
- bufeuri de căldură

Splină

- balonare abdominală sau gaze, după mese
- te învinețești ușor
- mâini umflate
- picioare umflate
- râgâială frecventă
- congestia sânilor
- prolaps de organe interne (diagnosticat anterior)
- greață
- constipație
- diaree

Stomac

- respirație urât mirositoare
- vomă
- râgâieli
- gingii umflate, sângerânde și dureroase
- senzație de arsură după mâncare
- constipație
- arsură la stomac
- apetit crescut
- răni bucale
- dureri de stomac

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> patologii alimentare (ex. Anorexie, bulimie, etc) | <input type="checkbox"/> te trezești de mai multe ori noaptea pt urinat |
| <input type="checkbox"/> oboseală după mâncare | <input type="checkbox"/> urinări frecvente |
| <input type="checkbox"/> gaze | <input type="checkbox"/> căderea părului |
| <input type="checkbox"/> senzație de greutate mentală, lentoare, încețoșare | <input type="checkbox"/> dureri articulare |
| <input type="checkbox"/> scăderea poftei de mâncare | <input type="checkbox"/> pierderea controlului urinar |
| <input type="checkbox"/> scaune moi | <input type="checkbox"/> probleme dentare |
| <input type="checkbox"/> hemoroizi | <input type="checkbox"/> dureri joase de spate |
| <input type="checkbox"/> senzație generală de greutate în corp | <input type="checkbox"/> probleme de memorie |
| <input type="checkbox"/> cecitate (orbire) nocturna sau vedere scăzut ă | <input type="checkbox"/> zgomote în urechi |

Alte _____

Istoric familial

Verificați mai jos dacă rudele apropiate au prezentat astfel de boli:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> alcoolism | <input type="checkbox"/> epilepsie | <input type="checkbox"/> boli mentale | <input type="checkbox"/> boli cardiace |
| <input type="checkbox"/> alergii | <input type="checkbox"/> diabet zaharat | <input type="checkbox"/> obezitate | <input type="checkbox"/> hipertensiune arterială |
| <input type="checkbox"/> sângerări ușoare | <input type="checkbox"/> cancer | <input type="checkbox"/> accident vascular cerebral | <input type="checkbox"/> boli renale |
| <input type="checkbox"/> alte boli (precizați) _____ | | | |

Pentru femei:

Sunteți însărcinată? da în câte luni? _____ nu încerc poate

Metode contraceptive? _____

Vârsta primei menstruații: _____ Data ultimei menstruații _____

Vârsta instalării menopauzei _____

Durata menstruației (zile de sângerare) _____

Durata ciclului (din prima zi a unui ciclu până la prima zi a următorului) _____

Numărul de: sarcini _____ nașteri _____ avorturi provocate _____ pierderi de sarcină _____

Histerectomie nu da parțială completă data _____

Stil de viață

Digestie foarte bună bună suficientă slabă comentarii _____

Tranzit intestinal foarte bun bun suficient slab comentarii _____

De câte ori pe zi? _____ Senzație de evacuare completă? da nu

Consistența scaunelor moale format dificil de evacuat altele _____

Care este culoarea materiilor fecale? _____

Există sânge în scaun? nu da cât de frecvent? _____

Urinare foarte bună bună suficientă slabă comentarii _____

De câte ori pe zi _____ ce culoare are urina? _____

Urinați în timpul nopții? nu da cat de des? _____

Micțiunea este dureroasă? da nu

Poftă de mâncare foarte bună bună satisfăcătoare slabă comentarii _____

Dietă foarte bună bună satisfăcătoare slabă comentarii _____

Alimente/băutură

Alimente preferate _____ Când? _____

Aport zilnic de apă _____ aport zilnic de apă minerală _____ cafeină? da nu

Consum zilnic de cafea ___ Cafeină? da nu; Consum zilnic de ceai _____ cafeină? da nu

Consumați alcool? Cât de mult? _____ cât de des? _____ ce tip? _____

Ați consumat în trecut? da nu, data opririi consumului _____

Fumați? da nu

Ați fumat în trecut? da nu, data opririi fumatului _____

Consumați droguri? da nu

Ați consumat în trecut? da nu, data opririi consumului _____

Cum ați caracteriza următoarele aspect din viața dumneavoastră în ultima lună?

Energie

foarte bună bună suficientă slabă comentarii _____

Pe o scală de la 1 la 10? (10 este cel mai înalt nivel) _____

Somn

foarte bun bun suficient slab comentarii _____

Ore per noapte? _____ Vă treziți odihniți? da nu

Viață sexuală

foarte bună bună satisfăcătoare slabă comentarii _____

Școală

foarte bine bine satisfăcător slab comentarii _____

Exerciții fizice

foarte bine bine satisfăcător slab comentarii _____

Cât de des? _____ Ce tip? _____

Cum ați cuantifica nivelul de stres pe o scală de la 1 la 10? (10 reprezintă cel mai înalt nivel) _____

Cât de bine simțiți că vă descurcați cu stresul?

foarte bine bine satisfăcător slab

Durere

Indicați aria dureroasă _____

De cât timp aveți această durere? _____

Descrieți debutul durerii _____

Pe o scală de la 1 la 10 (10 fiind cel mai intens), cât de puternică este durerea? _____

Cum se simte această durere?

- surdă ascuțită sâcâitoare sub formă de crampe arsură constantă
 vine și pleacă fixă se mișcă

Durerea iradiază? nu da unde? _____

Ce anume ameliorează durerea?

- gheață căldură odihnă mișcare presiune umiditate masaj nimic
 altele _____

Ce anume agravează durerea?

- gheață căldură odihnă mișcare presiune umiditate masaj nimic
 altele _____

Există ceva anume care alină durerea? (ex. medicație, suplimente alimentare, unguente, etc)

Ce alte tratamente ați urmat pentru această durere?

Ce altceva doriți să adăugați în completarea informațiilor medicale?

Informațiile furnizate în acest formular sunt reale.

Semnătura pacientului _____ Data: _____