

NUME:	TELEFON:	E-MAIL:
-------	----------	---------

DIAGNOSTICUL PREZUMTIV: \_\_\_\_\_

<p><b>DEBUTUL</b> simptomelor. De cât timp au apărut simptomele:</p> <p>a. _____ săptămâni b. _____ luni c. _____ ani</p>	<p><b>LIMITĂRI.</b> Cum sau când vă împiedică sau limitează simptomatologia:</p> <p>a. La mers / deplasare b. La statul pe scaun c. În timpul nopții, treziți de durere d. La activități casnice e. La locul de muncă f. Activitate de birou g. Activități sportive sau efort h. Limitari de dexteritate i. Altele _____</p>																								
<p><b>TIPARUL</b> simptomelor. În ultimele săptămâni durerea s-a:</p> <p>a. Îmbunătățit b. Înrăutățit c. Nu s-a modificat d. Durerea/simptomele apar si dispar (fluctueaza)</p>	<p><b>ALTE INTERVENTII PE CREIER / COLOANA</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">An</th> <th style="width: 70%;">Interventie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	An	Interventie																						
An	Interventie																								
<p><b>FRECVENȚA</b> simptomelor:</p> <p>a. Zilnic, doar în urma unor activități specifice b. Zilnic, în orice moment, fără un tipar anume c. Ocazional, de câteva ori pe săptămână d. Ocazional, de câteva ori pe lună</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">TRATAMENT</th> <th style="width: 30%;">CÂND</th> <th colspan="2" style="width: 40%;">A AJUTAT?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>KINETOTERAPIE</b></td> <td> </td> <td style="text-align: center;">Da</td> <td style="text-align: center;">Nu</td> </tr> <tr> <td><b>FIZIOTERAPIE</b></td> <td> </td> <td style="text-align: center;">Da</td> <td style="text-align: center;">Nu</td> </tr> <tr> <td><b>GIMNASTICĂ</b></td> <td> </td> <td style="text-align: center;">Da</td> <td style="text-align: center;">Nu</td> </tr> <tr> <td><b>ULTRASUNETE / LASER</b></td> <td> </td> <td style="text-align: center;">Da</td> <td style="text-align: center;">Nu</td> </tr> <tr> <td><b>INFILTRAȚII / INJEȚII</b></td> <td> </td> <td style="text-align: center;">Da</td> <td style="text-align: center;">Nu</td> </tr> </tbody> </table>	TRATAMENT	CÂND	A AJUTAT?		<b>KINETOTERAPIE</b>		Da	Nu	<b>FIZIOTERAPIE</b>		Da	Nu	<b>GIMNASTICĂ</b>		Da	Nu	<b>ULTRASUNETE / LASER</b>		Da	Nu	<b>INFILTRAȚII / INJEȚII</b>		Da	Nu
TRATAMENT	CÂND	A AJUTAT?																							
<b>KINETOTERAPIE</b>		Da	Nu																						
<b>FIZIOTERAPIE</b>		Da	Nu																						
<b>GIMNASTICĂ</b>		Da	Nu																						
<b>ULTRASUNETE / LASER</b>		Da	Nu																						
<b>INFILTRAȚII / INJEȚII</b>		Da	Nu																						
<p>Care din următoarele activități vă <b>AGRAVEAZĂ</b> simptomatologia:</p> <p>a. Mersul b. Statul în picioare c. Statul pe scaun d. Statul întins e. Mișcarea în general f. Aplecarea g. Nimic în particular h. Răsucirea corpului i. Dureri nocturne j. Altele _____</p>																									

TRATAMENT				
MEDICATIE	DOZA		PERIOADA TRATAMENT	
<b>Bifati daca folositi ANTICOAGULANTE cum ar fi:</b>				
<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Aspenter	<input type="checkbox"/> Trombostop	<input type="checkbox"/> Clopidagrel	<input type="checkbox"/> Heparina
<input type="checkbox"/> Sintrom	<input type="checkbox"/> Clexane	<input type="checkbox"/> Fraxiparina	<input type="checkbox"/> Plavix	<input type="checkbox"/> Pradaxa
Altele:				

CONDITII MEDICALE (bifati unde este cazul)	
<b>Neurologice:</b>	<input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Convulsii <input type="checkbox"/> Neuropatie <input type="checkbox"/> Accident Vascular Cerebral <input type="checkbox"/> Scleroza Multipla <input type="checkbox"/> Alte boli neurologice
<b>Cardio-vasculare:</b>	<input type="checkbox"/> Hipertensiune Arteriala <input type="checkbox"/> Ateroscleroza <input type="checkbox"/> Infarct miocardic <input type="checkbox"/> Stent cardiovascular <input type="checkbox"/> Stimulator Cardiac <input type="checkbox"/> Insuficienta Cardiaca <input type="checkbox"/> Valvulopatie <input type="checkbox"/> Miocardita <input type="checkbox"/> Pericardita <input type="checkbox"/> Altele
<b>Pulmonare:</b>	<input type="checkbox"/> Astm <input type="checkbox"/> Tuberculoza <input type="checkbox"/> Bronsita <input type="checkbox"/> BPOC (Bronhopneumopatie Cronica Obstructiva) <input type="checkbox"/> Fumator <input type="checkbox"/> Alte boli pulmonare
<b>Gastro-enterologice:</b>	<input type="checkbox"/> Diabet <input type="checkbox"/> Insuficienta renala <input type="checkbox"/> Insuficienta hepatica <input type="checkbox"/> Boli Renale <input type="checkbox"/> Gastrita <input type="checkbox"/> Reflux <input type="checkbox"/> Ulcer <input type="checkbox"/> Boli Intestinale <input type="checkbox"/> Ciroză hepatică <input type="checkbox"/> Alte boli Gastro-enterologice
<b>Hematologice/ Infectioase:</b>	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> alte boli infectioase <input type="checkbox"/> sangerari/echimoze usoare <input type="checkbox"/> Coagulopatie <input type="checkbox"/> Leucemie <input type="checkbox"/> Limfom <input type="checkbox"/> Alte boli hematologice/infectioase
<b>Endocrinologice:</b>	<input type="checkbox"/> Osteoporoza <input type="checkbox"/> Hipo/Hipertiroidie <input type="checkbox"/> Alte boli endocrinologice
<b>Reumatologice:</b>	<input type="checkbox"/> Artita <input type="checkbox"/> Spondiloza Anchilopoietica <input type="checkbox"/> Alte boli reumatologice
<b>Psihiatrice:</b>	<input type="checkbox"/> Depresii <input type="checkbox"/> Consum <input type="checkbox"/> Alcool/Droguri <input type="checkbox"/> Anxietate <input type="checkbox"/> Alte boli psihiatrice
<b>Afectiuni Autoimune:</b>	<input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Artrita Rheumatoida <input type="checkbox"/> Poliartrita <input type="checkbox"/> Alte afectiuni autoimune
<b>Alergii:</b>	

<b>PACIENT:</b>	<b>DATA:</b>
<b>SEMNATURA:</b>	