



mun. Chișinău, str. Serghei Lazo, 10/5

CHESTIONAR

AUTOHEMOTERAPIE MAJORĂ CU OZON

I. Date personale ale pacientului

Nume și prenume: _____
Data nașterii: _____
Număr de telefon: _____
Adresa de domiciliu: _____
Date din pașaport / IDNP: _____

II. Chestionar medical înainte de procedură

1. Aveți boli cardiace severe?
☐ Da ☐ Nu
2. Ați avut recent un infarct miocardic / accident vascular cerebral (în ultimele 6 luni)?
☐ Da ☐ Nu
3. Suferiți de hipertensiune/hipotensiune arterială necontrolată?
☐ Da ☐ Nu
4. Aveți boli hematologice (trombocitopenie, anemii severe, leucemie, hemoglobinopatii)?
☐ Da ☐ Nu
5. Luați anticoagulante puternice (ex.: warfarină, heparină)?
☐ Da ☐ Nu
6. Aveți epilepsie sau crize convulsive în antecedente?
☐ Da ☐ Nu
7. Suferiți de hipertiroidism?
☐ Da ☐ Nu
8. Aveți deficit de glucozo-6-fosfat dehidrogenază (G6PD) (Favism)?
☐ Da ☐ Nu
9. Aveți boli autoimune active?
☐ Da ☐ Nu
10. Ați urmat tratamente imunosupresoare recente (corticosteroizi în doze mari, chimioterapie)?
☐ Da ☐ Nu
11. Aveți o infecție acută severă în evoluție (febră mare, sepsis)?
☐ Da ☐ Nu
12. Ați avut recent intervenții chirurgicale majore (în ultimele 2–4 săptămâni)?
☐ Da ☐ Nu
13. Sunteți însărcinată sau alăptați?
☐ Da ☐ Nu
14. Aveți insuficiență hepatică / renală severă?
☐ Da ☐ Nu
15. Ați avut transplant de organ?
☐ Da ☐ Nu

16. Aveți alergii severe (anafilaxie) la medicamente sau substanțe medicale?
☐ Da ☐ Nu
17. Ați avut reacții adverse la terapii cu ozon anterior?
☐ Da ☐ Nu
18. Suferiți de boli respiratorii severe?
☐ Da ☐ Nu
19. Aveți varice avansate, flebită sau tromboze recente?
☐ Da ☐ Nu
20. Aveți diabet zaharat?
☐ Da ☐ Nu
21. Ați avut sângerări gastrice sau intestinale recente?
☐ Da ☐ Nu
22. Aveți infecții virale acute (gripă, COVID, etc.)?
☐ Da ☐ Nu
23. Ați fost vaccinat/ă recent (în ultimele 7 zile)?
☐ Da ☐ Nu
24. Aveți orice altă problemă medicală gravă nedeclarată anterior?
☐ Da ☐ Nu
25. Ați tolerat în trecut recoltări de sânge fără reacții (amețeli, leșin, palpitații)?
☐ Da ☐ Nu

III. Acord informat

Subsemnatul(a), declar că:

1. Am primit informații complete despre natura procedurii, scopurile și riscurile acesteia.
2. Înțeleg că procedura implică recoltarea, prelucrarea și reintroducerea propriului meu sânge.
3. Sunt conștient(ă) de posibilele reacții ale organismului: slăbiciune, amețeli, iritații sau reacții alergice.
4. Am furnizat medicului informații adevărate despre starea mea de sănătate.
5. În cazul ascunderii unor informații privind starea mea de sănătate, responsabilitatea îmi revine personal, pacientului.
6. Sunt de acord cu efectuarea procedurii în mod voluntar.
7. Permit prelucrarea datelor mele personale, conform Legii nr. 133/2011 a RM.

IV. Semnăturile părților

Pacient: _____ Semnătură: _____ Data: _____

Medic: _____ Semnătură: _____ Data: _____