

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.
Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

Mlle Mme Mr Nom : Prénom :

N° de Sécurité Sociale : __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __ __ / __ __ __ / __ __

Date de naissance : / /

Adresse :

Ville : Code Postal :

Profession :

Email :@.....

Adressé par :

Nom de votre Médecin traitant : Téléphone :

A quand remonte votre dernier examen médical :

Avez-vous connu des changements dans votre état de santé depuis un an ? Oui Non

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement : (Les réponses seront complétées lors de l'entretien avec le Dentiste).

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs | <input type="checkbox"/> Maladie du foie | <input type="checkbox"/> Prothèses (pas dentaires) |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Rhumatisme Articulaire Aigu |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique | <input type="checkbox"/> Maladie du sang | <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV |
| <input type="checkbox"/> Désordres hormonaux | <input type="checkbox"/> Maladies vénériennes | <input type="checkbox"/> Sinusites répétées |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Œdèmes (gonflements) | <input type="checkbox"/> Syncopes, vertiges |
| <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C | <input type="checkbox"/> Pertes de connaissance | <input type="checkbox"/> Troubles des reins |
| <input type="checkbox"/> Lésions cardiaques congénitales | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires | <input type="checkbox"/> Tumeur maligne |
| <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac | <input type="checkbox"/> Problèmes nerveux | <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie |
| <input type="checkbox"/> Autres maladies : | | |

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident ? Oui Non

Avez-vous eu des complications associées à un traitement dentaire ? Oui Non

Avez-vous subi un traitement par radiations ? Oui Non

Etes-vous ou avez-vous été traité par des biphosphonates ? Oui Non

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Oui Non

• Si oui, lesquels :

◇ Antibiotiques ◇ Antihistaminique ◇ Tranquillisant

◇ Aspirine ◇ Traitement pour la tension artérielle ◇ Cortisone

◇ Insuline ◇ Autres :

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Oui Non

• Si oui, lesquels :

◇ Anesthésique local chez le Dentiste ◇ Iode et produits dérivés ◇ Métal

◇ Antibiotique ◇ Latex

◇ Anti-inflammatoire ou aspirine ◇ Neuroleptique ou somnifère ◇ Codéine

Pensez-vous avoir toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions ? Oui Non

• Si oui, lesquels ?

Etes-vous fumeur ? Oui Non

• Si oui, nombre de cigarettes /jour :

Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ? Oui Non

• Si oui, de combien de mois :

Date :

Signature :