

- QUESTIONNAIRE MEDICAL -

IDENTITE :

NOM : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____
Adresse : _____ CP _____ VILLE _____
Téléphones : _____ Adresse email : _____ @ _____
Profession : _____ Adressé par : _____
Date du dernier contrôle dentaire : ____ / ____ / ____

1

QUEL EST LE MOTIF DE LA CONSULTATION ?

- Une douleur
- Un contrôle
- Autre : _____

2

AVEZ-VOUS EU UN PROBLEME DE SANTE CETTE ANNEE ?

OUI NON

Si oui, précisez :

- AVC
- Cancer
- Infarctus
- Autre : _____

3

AVEZ-VOUS DES PROBLEMES OU ANTECEDENTS ?

- Asthme
- Cardiaque
- Cancer actif
- Dépression
- Diabète type 1/2
- Digestif
- Epilepsie
- Herpès, Zona
- Autre : _____
- Ostéoporose
- Pulmonaire
- Rénal
- Tension
- Ulcère
- Vasculaire
- VIH, Sida

4

ETES-VOUS TRAITE A L'HOPITAL POUR ?

- Chimiothérapie
- Dialyse
- Radiothérapie

5

AVEZ-VOUS DEJA SUBI UNE OPERATION ?

OUI NON

Si oui, précisez :

- Cancer
- Foie
- Genou
- Greffe
- Hanche
- Ablation vésicule biliaire
- Pace maker, stents, pontage
- Rein
- Thyroïde
- Valve cardiaque
- Autre : _____

6

AVEZ-VOUS DEJA FAIT UNE ALLERGIE ?

OUI NON

Si oui, précisez :

- Anesthésie
- Antibiotique
- Iode
- Autre : _____
- Latex
- Métal : _____
- Résine

7

FUMEZ-VOUS ?

OUI NON
_____ / jour

CONSOMMEZ-VOUS DE L'ALCOOL ?

OUI NON

AUTRE : _____

8

**FEMMES SEULEMENT :
ETES-VOUS ENCEINTE OU EN COURS
D'ALLAITEMENT ?**

OUI NON

Nombre de semaines/mois :

9

AVEZ-VOUS UN TRAITEMENT MEDICAMENTEUX EN COURS ?

OUI NON

ETES-VOUS SOUS ANTICOAGULANT ?

OUI NON

COMMENTAIRES DU PRATICIEN :

« Je certifie que les informations fournies au chirurgien-dentiste sont complètes et m'engage à lui signaler toute modification de mon état de santé par la suite.»

DATE ET SIGNATURE DU PATIENT :