

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Afin de vous apporter la meilleure prise en charge, chaque première consultation fait l'objet d'un questionnaire médical précis, consigné dans votre dossier.
 Les réponses que vous fournirez seront l'objet d'une attention particulière permettant une évaluation précise de votre état de santé par votre chirurgien-dentiste, et si nécessaire une adaptation de son traitement et/ou prescriptions.
 Merci de prendre le temps de répondre à ce questionnaire concernant vos antécédents médicaux, chirurgicaux, traitements médicamenteux anciens ou récents, allergies ; puis de dater et signer en fin de page.

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

N° de Sécurité Sociale : N° de téléphone :

Adresse mail : Profession :

Nom du (des) médecin(s) traitant(s) ou spécialiste(s) :

Adressé par : Date du dernier contrôle dentaire : / /

Quel est le motif de la consultation ?

1

Une douleur
 Un contrôle
 Autre :

Avez-vous eu un problème de santé cette année ?

2

OUI NON

Si oui, précisez :

Infarctus
 Accident vasculaire cérébral
 Cancer
 Autre :

Avez-vous des problèmes ou antécédents ?

3

<input type="checkbox"/> Cardiaque	<input type="checkbox"/> Digestif
<input type="checkbox"/> Vasculaire	<input type="checkbox"/> Dépression
<input type="checkbox"/> Pulmonaire	<input type="checkbox"/> Épilepsie
<input type="checkbox"/> Rénal	<input type="checkbox"/> Cancer actif
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> VIH, sida
<input type="checkbox"/> Hépatique	<input type="checkbox"/> Herpès, zona
<input type="checkbox"/> Sanguin	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Thyroïde	

Avez-vous déjà subi une opération ?

4

OUI NON

Si oui, précisez :

Valve cardiaque
 Pace maker, stents, pontage
 Thyroïde
 Rein
 Foie
 Greffe
 Hanche
 Cancer
 Autre :

Êtes-vous traité à l'hôpital pour :

5

Dialyse
 Chimiothérapie
 Radiothérapie

Fumez-vous ?

8

OUI NON

et/ou consommez-vous de l'alcool ?

OUI NON

Avez-vous déjà fait une allergie ?

6

OUI NON

Si oui, précisez :

Antibiotique
 Iode
 Latex
 Résine
 Métal (préciser :)
 Anesthésie
 Autre :

Prenez-vous des médicaments ?

7

OUI NON

Si oui, précisez :

.....

Femmes seulement : êtes-vous enceinte ou en cours d'allaitement ?

9

OUI NON

Nombre de semaines/mois :

.....

« 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 :