

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL

M. Mme Mlle

**NOM :**

**Prénom :**

**Nom de Jeune Fille :**

**Adresse :**

**Ville :**

**Code Postal :**

**Téléphone domicile :**

**Téléphone travail :**

**Profession :**

**Date de naissance :**

**Numéro de Sécurité sociale :**

**Nom du médecin traitant :**

**Prenez-vous actuellement des médicaments ?**

**Oui Non**

**Si Oui, lesquels et pourquoi ?**

## Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une des maladies suivantes :

- |  |         |                               |         |
|--|---------|-------------------------------|---------|
| * Troubles cardiaques  | Oui Non | * Rhumatisme Articulaire Aigu | Oui Non |
| * Hypotension  | Oui Non | * Hypertension                | Oui Non |
| * Troubles rénaux  | Oui Non | * Hépatite virale             | Oui Non |
| * Diabète  | Oui Non | * Asthme                      | Oui Non |
| * Dépression nerveuse  | Oui Non | * Epilepsie                   | Oui Non |
| * Spasmophilie   | Oui Non | * Tuberculose                 | Oui Non |
| * Troubles thyroïdiens   | Oui Non | * Troubles hypophysaires      | Oui Non |
| * Anémie   | Oui Non | * Ulcère gastrique            | Oui Non |
| * Autre maladie sérieuse ?   | Oui Non | * Laquelle ?                  |         |
| * Avez-vous ou avez-vous eu des maladies de l'os (exemple : ostéoporose) ? |         |                               | Oui Non |
- Si Oui, par quel(s) médicament(s) êtes-vous ou étiez-vous traité(e) et nom du prescripteur ?

\* Avez-vous subi une intervention chirurgicale sérieuse ? **Oui Non**

\* Si Oui, laquelle ?

\* Avez-vous subi une radio-thérapie ? **Oui Non**

\* Etes-vous allergique ? **Oui Non**

\* Si Oui, à quoi ?

\* Avez-vous déjà eu une anesthésie locale ? **Oui Non**

\* Si Oui, avez-vous eu des réactions après l'anesthésie ? **Oui Non**

\* De quel type ?

\* Saignez-vous beaucoup après coupure ou piqûre ? **Oui Non**

\* Avez-vous déjà eu une extraction dentaire ? **Oui Non**

\* Avez-vous eu des ennuis hémorragiques après extraction ? **Oui Non**

\* Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ? **Oui Non**

**Fait le**

**Signature**