



QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT **Confidentiel**

Ce questionnaire médical confidentiel est destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Il sera conservé dans votre dossier patient.

N° dossier: 1 Date :

Nom et Prénom(s) : Tél. domicile :

Adresse : Tél. bureau :

Code postal : Ville : Tél. portable :

Date de naissance : Age : Sexe : M F

Adresse e-mail : Profession :

Numéro de Sécurité Sociale : 176 12

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de santé ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Troubles cardio-vasculaires : | <input type="checkbox"/> Infarctus, angine de poitrine, souffle au cœur : |
| <input type="checkbox"/> Troubles de la tension artérielle : | <input type="checkbox"/> Allergies : |
| <input type="checkbox"/> Troubles rénaux : | <input type="checkbox"/> Troubles hormonaux : |
| <input type="checkbox"/> Troubles digestifs : | <input type="checkbox"/> Diabète : |
| <input type="checkbox"/> Troubles hépatiques (si hépatite précisez A, B ou C) : | <input type="checkbox"/> Troubles sanguins (ex anémie) : |
| <input type="checkbox"/> Troubles nerveux : | <input type="checkbox"/> Problèmes osseux ou articulaires : |
| <input type="checkbox"/> Dépression : | <input type="checkbox"/> Problèmes ORL : |
| <input type="checkbox"/> Troubles oculaires : | <input type="checkbox"/> Cancer : |
| <input type="checkbox"/> Troubles broncho-pulmonaires : | <input type="checkbox"/> Autres maladies ? |
| <input type="checkbox"/> Troubles cutanés : | Lesquelles : |

Etes-vous actuellement suivi par un médecin ? Oui Non

Nom et adresse du médecin traitant :

Prenez-vous actuellement des médicaments ?

Oui Non Si oui, précisez lesquels :

Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement radio/chimiothérapique ?

Oui Non

Avez-vous déjà eu des anesthésies dentaires ?

Oui Non

Problèmes lors des anesthésies dentaires ?

Oui Non Si oui, lesquels :

Avez-vous eu des extractions dentaires ?

Oui Non

Problème lors des extractions dentaires ?

Oui Non Si oui, lesquels :

Renseignements Complémentaires

- | | | | |
|--|--|--|--|
| Etes-vous enceinte ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Allaitiez-vous ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous fumeur ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quelle année ? | Combien de cigarettes par jour ? | |
| Si non, avez-vous été fumeur ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Depuis quelle année avez-vous arrêté ? | |
| Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes avec l'alcool ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | |
| Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de toxicomanie ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, avec quel type de drogue ? | | |
| Etes-vous sous traitement contre l'ostéoporose ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lequel ? | Comprimés | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ou injection |
| | | | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces informations. En cas de modification de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerais le praticien qui me soigne au rendez-vous suivant.

Date :

Signature du patient :