

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Les pathologies bucco-dentaires ainsi que les soins et traitements pouvant être entrepris peuvent interférer avec votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne. Aussi, nous vous demandons de remplir ce questionnaire médical avec précision. Les problèmes médicaux particuliers seront réexaminés en consultation.

Nom du Patient : **Prénom :** **Né(e) le**

Adresse :

Tél : Privé :..... Portable Prof :.....

Profession : **N° de Sécurité Sociale**

Mail : **Taille:** **Poids:**

Par qui êtes vous adressé au Cabinet ?

Quel est le motif de votre consultation?

Quel est la date de votre dernier : contrôle dentaire? **examen médical?.....**

Nom et localité de votre médecin traitant:

1. Avez-vous actuellement des problèmes de santé?

OUI NON Si oui, précisez lesquels:.....

2. Prenez-vous actuellement des médicaments?

OUI NON Si oui, précisez lesquels:.....

3. Avez-vous subi des interventions chirurgicales?

OUI NON Si oui, précisez lesquels:.....

4. Avez-vous été hospitalisé au cours des deux dernières années?

OUI NON Si oui, précisez pour quel motif:.....

5. Avez-vous eu l'une des affections de la liste suivante? OUI NON

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Crises de tétanie | <input type="checkbox"/> Pathologie ORL |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Infection virale | <input type="checkbox"/> Ostéoporose |
| <input type="checkbox"/> Ulcère à l'estomac, Gastrite | <input type="checkbox"/> Perte de connaissance | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale |
| <input type="checkbox"/> Infarctus | <input type="checkbox"/> Maladie du foie, Hépatite | <input type="checkbox"/> Pathologie oculaire |
| <input type="checkbox"/> Affection cardiaque | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Maladie du sang | <input type="checkbox"/> Maladie de la thyroïde | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie ou convulsion | | |

Autre(s), précisez:.....

6. Fumez-vous?

OUI NON Si oui, précisez le nombre de cigarettes par jour:

Tournez la page SVP

7. Avez-vous ou avez-vous eu un traitement ou un examen de la liste suivante? OUI NON

Si oui, précisez lesquels

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque | <input type="checkbox"/> Radiothérapie | <input type="checkbox"/> Régime particulier |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Cure |
| <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Corticothérapie | <input type="checkbox"/> Examen sanguin récent |
| <input type="checkbox"/> Transfusion | <input type="checkbox"/> Prothèse de hanche | <input type="checkbox"/> Sérologie VIH positive |

8. Etes-vous allergique ou avez-vous eu des allergies?

OUI NON Si oui, précisez lesquels:.....

9. Avez-vous eu des complications à la suite d'anesthésies locales ou au cours de soins dentaires?

OUI NON Si oui, précisez lesquels:.....

10. Avez-vous eu des saignements prolongés à la suite d'interventions chirurgicales, d'extractions dentaires ou de blessures? OUI NON

11. Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement par injection? OUI NON Si oui entourez

le nom du médicament : Clastoban, Arédian, Osté pam, Zometa, Aclasta, Bondronate

12. Existe-t-il des médicaments mal supportés ou interdits ?

13. Madame, êtes vous ou supposez-vous être enceinte?

OUI NON Si oui, date prévue de l'accouchement?

14. Prenez-vous ou avez-vous pris des médicaments de la liste suivante? OUI NON

Si oui entourez le nom du médicament:

Clastoban, Lytos, Didronel, Skelid, Fosamax, Fosavance, Adroavance, Actonel, Bonviva, Aspegic, Kardegic, Asasantine, Plavix, Persantine, Ticlid, Cebutid 50, Sintrom, Minisintrom, Previscan, Coumadine

15. Connaissez-vous votre tension artérielle?

16. Portez-vous un piercing buccal ? OUI NON Si oui où ?

Afin d'assurer le suivi de votre santé bucco-dentaire souhaitez-vous être contacté par nos soins pour organiser un rendez-vous de maintenance ? OUI NON

A ma connaissance j'atteste l'exactitude de ces informations. En cas de modification(s) de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales j'en informerai le Dr Schurra.

Bouxières aux Dames le

Signature