QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT - Confidentiel

Date :
Nom et prénom :
Tel. Domicile :
Date de naissance :
Tel. Professionnel :
Adresse :
Tel. Portable :
Email :

Numéro de sécurité sociale :
Motif de consultation :

Problèmes de santé d'ordre général :

Êtes-vous en bonne santé, ☐ Oui, ☐ Non, sinon :
☐ Troubles cardio-vasculaires :
☐ Troubles de la tension, ☐ Elevée, ☐ Basse
☐ Maladie de l'estomac ou de l'intestin :
☐ Maladie du foie (ex. hépatite B ou C) :
☐ Epilepsie :
☐ Dépression :
☐ Maladie des yeux :
☐ Maladie des poumons :
☐ Asthme :
☐ Maladie de peau :
☐ Troubles hormonaux :
☐ Diabète
☐ Troubles sanguins :
☐ Problèmes osseux ou articulaires :
☐ Problèmes Nez/Gorge/Oreille :
☐ Déficit immunitaire (ex. VIH) :
☐ Cancer :
☐ Autres maladies, précisez :

Suivi et traitement médical :

Médecin traitant : Nom :
Ville et téléphone :

Prenez-vous des médicaments ? (Nom, Posologie) : Votre taille : cm - Votre poids : kg
(Vous pouvez nous fournir votre dernière ordonnance)
- _____ - _____
- _____ - _____
- _____ - _____

Prenez-vous : Un traitement pour fluidifier le sang (ex. anticoagulants) ? ☐ Oui ☐ Non
Un traitement contre l'ostéoporose (ex. biphosphonates) ? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous subi un traitement chimio/radiothérapique ? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous des **allergies connues** à :

- Médicament(s) : _____
- Métal : _____
- Autres : _____

Antécédents chirurgicaux :

Avez-vous subi une intervention pour :

- Prothèse valvulaire, date : _____
- Prothèse articulaire (genou, hanche), date : _____
- Autre intervention chirurgicale, précisez le motif et la date : _____

Renseignements complémentaires :

Etes-vous enceinte ? ☐ Oui ☐ Non , Date du terme : _____ Allaitez-vous ? ☐ Oui ☐ Non
Etes-vous fumeur ? ☐ Oui ☐ Non, Si oui depuis combien d'années ? ____ an, et combien par jour ?____/jour
Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes avec l'alcool ? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de toxicomanie ? ☐ Oui ☐ Non, Quel type de drogue :
Avez-vous déjà eu des extractions dentaires ? ☐ Oui ☐ Non, si oui, y-a-t-il eu des complications ?
Avez-vous déjà eu des anesthésies dentaires ? ☐ Oui ☐ Non, si oui, y-a-t-il eu des complications ?

Le patient certifie exactes toutes les informations fournies au cours de ce questionnaire. Il s'engage à informer le praticien de toute modification de son état de santé. Il affirme avoir pris conscience que toutes les informations contenues dans ce document sont confidentielles et ont pour but sa prise en charge.

Date & Signature :

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données personnelles vous concernant auprès de votre chirurgien-dentiste.