

QUESTIONNAIRE MÉDICAL PATIENT CONFIDENTIEL

Ce questionnaire médical et 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.

Nom et prénom(s) du patient :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél. domicile : Tél. bureau : Portable :
 Date de naissance : Age : Sexe : M F
Adresse e-mail :
Profession : Mutuelle :
Adressé et/ou recommandé par : un parent un ami un docteur annuaire téléphonique
Autre :

RAISON DE LA VISITE

Rendez-vous de contrôle Informations Plombage brisé Carie
Extraction Dent sensible Dent fracturée Gencive
Détartrage Douleur Prothèse dentaire Autre
Date approximative du dernier examen dentaire (ou soins dentaires) :

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

	Oui	Non		Oui	Non
Etes-vous en bonne santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrose (préciser zone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles cutanés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles vasculaires / sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez lesquelles :		
Troubles digestifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Troubles hépatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles glandulaires / Hormonaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles nerveux / asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA / VIH+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles oculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre maladie(s) ?		

Suivez-vous un traitement médical en ce moment ? Oui Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) :

Prenez-vous des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels :

Etes-vous enceinte ? Oui Non Nombre de mois :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Etes-vous fumeur ? Oui Non Si oui :cigarettes / jour depuisannées

Avez-vous été traité par radiothérapie ? Oui Non

Si oui, date et localisation :

Avez-vous eu des saignements prolongés après une extraction chirurgicale ? Oui Non

Etes-vous sous traitement par biphosphonates ?

(ex : Aclasta, Actonel, Fosamax, Fosavance, Bonviva, Optruma,...) Oui Non

Nom et adresse du médecin traitant :

Merci de nous signaler tout changement concernant votre état de santé
Et/ou vos traitements médicaux

Date :

Signature :