

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom : Prénom:

Date de naissance : Adresse mail :

Adresse :

Numéro de tél fixe : Numéro tél portable :

Profession :

Comment avez-vous connu le cabinet dentaire?

Internet Relation/patient Recommandation d'un médecin par hasard

Nom de la personne qui vous adresse chez nous :

Nom de votre médecin traitant : ou spécialiste :

Avez-vous connu des changements dans votre état de santé depuis 1 an ? oui non

Merci de cocher chacune des maladies ou problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement :

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Glaucome |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A,B,C | <input type="checkbox"/> Lésion cardiaque congénitale | <input type="checkbox"/> Ulcère | <input type="checkbox"/> Maladie du foie |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> Maladie du sang | <input type="checkbox"/> Maladie vénérienne | <input type="checkbox"/> Oedèmes |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Perte de connaissance | <input type="checkbox"/> Problèmes nerveux | <input type="checkbox"/> Problèmes circula |
| <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV | <input type="checkbox"/> Sinusite | <input type="checkbox"/> Syncopes, vertiges | <input type="checkbox"/> Troubles rénaux |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde | <input type="checkbox"/> Tumeur maligne | <input type="checkbox"/> Maladie auto-immune | |
| <input type="checkbox"/> Prothèse(s) (autres que dentaire) | <input type="checkbox"/> Autres maladies : | | |

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ? oui non

Avez-vous subi un traitement par radiations ? oui non

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? (cochez la case)

Antibiotiques Aspirine Insuline Antihistaminiques Antidépresseurs

Traitement pour tension artérielle Tranquillisants Cortisone

Anticoagulants (type PREVISCAN, SINTROM, LOVENOX...) :

Traitement pour ostéoporose :

Biphosphates ou Diphosphonates (type BONVIVA, FOSAMAX...) :

Antiagrégant plaquettaire (type PLAVIX, KARDEGIC...) :

Etes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? oui non

Antibiotiques Anesthésique local chez le dentiste Iode et produits dérivés

Anti-inflammatoire ou aspirine Latex/85 Codéine

Neuroleptique ou somnifère Alcool, solvant (nettoyant mains hydro alcoolique) Métal

Autres :

Etes-vous fumeur ? oui non Si oui, combien de cigarettes/jour ?

Avez-vous des problèmes de toxicomanie ? oui non

Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ?

oui → de combien de mois ? : Non → Moyen de contraception ?

Si vous pensez avoir tout autre problème ou maladie non indiqué dans la liste, merci de les préciser :

.....

Quelles sont vos craintes chez le chirurgien dentiste ?

.....

Fait à Saint Raphaël le :

Signature du patient