

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.
Une copie sera conservée dans votre dossier patient.

Nom et prénom : _____ Sexe : M F
Date de naissance : _____ Profession : _____
Adresse postale : _____
Code postal : _____ Ville : _____ téléphone : _____
Adresse E-mail : _____

Raison de la visite :

Date du dernier examen dentaire (ou soins dentaires) : _____
Date du dernier examen médical : _____
Nom du médecin traitant : _____
Adresse : _____ Tel : _____
Prenez-vous actuellement des médicaments : Oui Non
Si oui, lesquels ? _____

Problèmes de santé actuel ou antérieur

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Troubles cardiovasculaires | <input type="checkbox"/> Allergies (précisez) |
| <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"/> Anticoagulants, troubles sanguins |
| <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"/> Sérologie V.I.H positive |
| <input type="checkbox"/> Troubles cutanés | <input type="checkbox"/> Autres maladies |

Date de dernière Hospitalisation _____

Motif de cette hospitalisation _____

Suivez-vous ou avez-vous suivi un Traitement radio/chimiothérapie ? Oui Non
Avez-vous déjà eu des anesthésies dentaires ? Oui Non
Problèmes lors de ces anesthésies ? Oui Non
Avez-vous déjà eu des extractions dentaires ? Oui Non
Problèmes lors de ces extractions ? Oui Non

Renseignements complémentaires

Madame, mademoiselle, êtes-vous ou supposez-vous être enceinte ? Oui Non

Si oui, allaitez-vous ? Oui Non

Êtes-vous fumeur ? Oui Non

Si oui, depuis combien de temps ? _____ Combien de cigarettes par jour ? _____

Êtes-vous sous traitement contre l'ostéoporose ? Oui Non Si oui, quel traitement ? _____

Si vous pensez avoir toute autre maladie ou autre problème non indiqué dans la liste de ce questionnaire qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions, merci de le préciser ici : _____

Merci de votre collaboration.

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Date

Signature

