

QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT (strictement confidentiel)

Afin d'éviter un geste thérapeutique qui risque de nuire à votre santé, votre chirurgien-dentiste vous demande de remplir ce questionnaire médical strictement confidentiel le plus précisément possible.

Votre chirurgien-dentiste vous aidera à la compléter, et le conservera dans votre dossier patient.

NOM et Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tel domicile : Tel portable : Mail

Date de naissance : Sexe : M F

Profession/scolarité :

RAISON(S) DU RENDEZ-VOUS

- | | | | | | |
|---|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Contrôle, détartrage | <input type="checkbox"/> | Carie(s), plombage(s) perdu(s) | <input type="checkbox"/> | Dent(s) fracturée(s) | <input type="checkbox"/> |
| Bilan M'T dents | <input type="checkbox"/> | Douleur, sensibilité | <input type="checkbox"/> | Couronne(s) dentaire(s) | <input type="checkbox"/> |
| Extraction(s) | <input type="checkbox"/> | Saignement des gencives, mobilités | <input type="checkbox"/> | Appareil(s) dentaire(s) | <input type="checkbox"/> |
| Traumatisme, chute | <input type="checkbox"/> | Infection, abcès, joue gonflée | <input type="checkbox"/> | Implant(s) dentaire(s) | <input type="checkbox"/> |
| Orthodontie | <input type="checkbox"/> | Douleurs articulaires | <input type="checkbox"/> | Esthétique, éclaircissement | <input type="checkbox"/> |
| Autre : | | | | | |
| Date de la dernière consultation dentaire : | | | | | |

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Nom et adresse de votre médecin généraliste :

Date du dernier bilan médical : Date du dernier bilan sanguin :

Nom, adresse et spécialité des médecins spécialistes qui vous suivent régulièrement :

.....
.....

Avez-vous déjà été hospitalisé ou opéré ? OUI NON

Si oui, pour quel(s) motif(s) ?

Devez-vous être hospitalisé ou opéré prochainement ? OUI NON

Si oui, pour quel(s) motif(s) ?

	Oui	Non
Etes-vous enceinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des addictions :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A l'alcool de combien de mois :

Aux drogues

Au tabac nombre de cigarettes par jour :

souhaitez-vous arrêter ? OUI NON

Avez-vous des troubles alimentaires

Avez-vous des piercings en bouche

Fréquence du brossage des dents :

PRENEZ-VOUS DES MEDICAMENTS REGULIEREMENT ?

OUI NON

Si oui, lesquels :

Et plus particulièrement : des anticoagulants : OUI NON
des biphosphonates : OUI NON

PRECISEZ VOS PROBLEMES DE SANTE

Maladies cardiaques (exemples : hypertension artérielle, angine de poitrine, infarctus, trouble du rythme, pacemaker, valve cardiaque, souffle au cœur, rhumatisme articulaire aigu ...)

Maladies respiratoires et ORL (exemples : bronchite chronique, sinusite ...)

Allergies avérées (exemples : pénicilline, nickel, résine, anesthésie ...)

Maladies digestives (exemples : nausées, vomissements, brûlures d'estomac, ulcère ...)

Troubles de la coagulation (exemples : traitement anticoagulant, hémophilie, saignement fréquent ...)

Maladies virales (exemples : hépatite virale A B C, HIV, SIDA ...)

Maladies nerveuses (exemples : perte de connaissance, malaise, état dépressif, épilepsie ...)

Maladie hormonales (exemples : diabète, problème thyroïdien ...)

Cancer :

Prothèses articulaires : hanche genou

Autres maladies (autres qu'affections saisonnières banales) :

Date :/...../.....

Signature :

Merci de signaler lors de vos prochains rendez-vous toute modification, qu'elle soit administrative, qu'elle concerne votre état de santé ou les médicaments que vous prenez.