

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Nom de votre médecin traitant :
- Motif de la consultation :
- Dernière visite chez un dentiste :

1. Prenez-vous actuellement des médicaments? Antalgiques/Anti-inflammatoire (douleur) si oui lesquels?

2. Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de santé? :

- Cardiaques (infarctus, troubles du rythme, rhumatismes articulaires, hypertension...)
.....

- Hématologiques (Prise d'anticoagulants...)
.....

- Allergies (Pénicilline, iode, anesthésiques, alimentaires...)
.....

- Respiratoires (Asthme, bronchite chronique...)
.....

- Digestifs (Reflux gastro oesophagiens, ulcère,...)
.....

- Rénaux (Insuffisance rénale...)
.....

- Métaboliques (Diabète, thyroïde...)
.....

- ORL et Ophtalmologiques (Sinusite, glaucomes...)
.....

- Neurologiques (Epilepsie, perte de connaissance...)
.....

- Infections Transmissibles de longue durée (Hépatites A,B,C, Virus HIV, Tuberculose...)
.....

3. Avez-vous eu un problème particulier lors de soins dentaires précédents? en particulier : Anesthésie difficile? allergie? Malaise? etc....?

4. Avez-vous ou avez-vous eu un traitement par radiothérapie ? :

5. Prenez-vous ou avez-vous pris (Même dans les 10 ans) des BISPHOSPHONATES ? :

6. Avez-vous consommé des substances illicites? si oui lesquelles ? :

7. Une consommation de tabac? Si oui depuis quand? Quantité/jour ? :

8. Portez-vous un stérilet (Eventuelles contre-indications avec les anti-inflammatoires) ? :

9. En cas de grossesse : Date du terme :

10. Avez-vous subi des violences?

Penser à nous prévenir de tout changement pendant la durée de vos soins !

DATE ET SIGNATURE DU PATIENT :