

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nous allons commencer ensemble un traitement bucco-dentaire et afin d'éviter d'éventuelles interactions, nous vous demandons de répondre à ce questionnaire avec beaucoup d'attention et de précision. Nous vous en remercions.

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse : CP/Ville :

Téléphone : Email :

Profession :

Comment avez-vous eu nos coordonnées ? Internet Pages Jaunes

Mme, Mr..... Docteur..... Autres

1° A quand remonte votre dernier examen médical ?

2° Êtes-vous actuellement suivi par un médecin, un spécialiste ou un service hospitalier ?

NON OUI Pourquoi ?

Nom et Adresse du médecin :

3° Prenez-vous actuellement des médicaments ?

NON OUI

Noms :

Posologie :

4° Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?

NON OUI Précisez :

5° Avez-vous été hospitalisé ces deux dernières années ?

NON OUI Pourquoi :

6° Avez-vous, ou avez-vous eu une ou plusieurs affections ou traitements de la liste ci-jointe ? (si oui, cochez la case)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Ulcère |
| <input type="checkbox"/> Angine de poitrine | <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire | <input type="checkbox"/> Maladie du foie |
| <input type="checkbox"/> Infarctus du Myocarde | <input type="checkbox"/> Bronchite chronique | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Maladie de la Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Affection valvulaire | <input type="checkbox"/> Hémorragie | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale |
| <input type="checkbox"/> Malformation cardiaque | <input type="checkbox"/> Maladie du sang | <input type="checkbox"/> Dialyse |
| <input type="checkbox"/> Troubles du rythme | <input type="checkbox"/> Transfusion | <input type="checkbox"/> Régime particulier |
| <input type="checkbox"/> Endocardite | <input type="checkbox"/> Épilepsie ou convulsions | <input type="checkbox"/> Traitement par irradiations |
| <input type="checkbox"/> Troubles circulatoires | <input type="checkbox"/> Crise de tétanie | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque | <input type="checkbox"/> Perte de connaissance | <input type="checkbox"/> Corticothérapie |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral | <input type="checkbox"/> Sérologie HIV positive |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> Dépression | |
| <input type="checkbox"/> Infection grave | <input type="checkbox"/> Troubles psychiatriques | <input type="checkbox"/> Pathologie ORL |

Autres maladies ou traitements non répertoriés :

7° Prenez vous ou avez vous pris un traitement pour l'ostéoporose ?

8° Avez-vous eu des complications à la suite d'anesthésies locales, ou au cours de soins dentaires ?

NON OUI Lesquelles :

9° Avez-vous eu des allergies ?

NON OUI A quel produit ?

10° Avez-vous eu des saignements allongés à la suite d'interventions chirurgicales, d'extractions dentaires ou de blessures ?

NON OUI Combien de temps :

11° Êtes-vous enceinte ? NON OUI Date prévue de l'accouchement

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces renseignements. En cas de modifications de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien qui me soigne au rendez-vous suivant.

Date :

Signature :