

Questionnaire médical



Afin de vous apporter la meilleure prise en charge, chaque première consultation fait l'objet d'un questionnaire médical précis, consigné dans votre dossier.

Les réponses que vous fournirez seront l'objet d'une attention particulière permettant une évaluation précise de votre état de santé par votre chirurgien-dentiste, et si nécessaire une adaptation de son traitement et/ou prescriptions.

Merci de prendre le temps de répondre à ce questionnaire concernant vos antécédents médicaux, chirurgicaux, traitements médicamenteux anciens ou récents, allergies ; puis de dater et signer en fin de page.

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Adresse :

N° de Sécurité Sociale : N° de téléphone :

Adresse mail : Profession :

Nom du (des) médecin(s) traitant(s) ou spécialiste(s) :

Adressée par : Date de votre dernière visite dentaire : / /

1 Quel est le motif de la consultation ?

- Une douleur
- Un contrôle
- Autre :

2 Avez-vous eu un problème de santé cette année ?

- Oui Non
- Si oui, précisez :
- Infarctus
- Accident vasculaire cérébral
- Cancer
- Autre :

3 Avez-vous des problèmes ou antécédents ?

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiaque | <input type="checkbox"/> Digestif |
| <input type="checkbox"/> Vasculaire | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Pulmonaire | <input type="checkbox"/> Épilepsie |
| <input type="checkbox"/> Rénal | <input type="checkbox"/> Cancer actif |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> VIH, sida |
| <input type="checkbox"/> Hépatique | <input type="checkbox"/> Herpès, zona |
| <input type="checkbox"/> Sanguin | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde | <input type="checkbox"/> Endocardite infectieuse |

4 Avez-vous déjà subi une opération ?

- Valve cardiaque, TAVI, TMVI, clip mitral
- Pace maker, stents, pontage, pompe d'assistance ventriculaire
- Thyroïde
- Rein
- Foie
- Greffe
- Hanche
- Cancer
- Autre :

5 Êtes-vous traité à l'hôpital pour :

- Dialyse
- Chimiothérapie
- Radiothérapie

8 Fumez-vous ?

- Oui Non
- et/ou consommez-vous de l'alcool ?
- Oui Non

6 Avez-vous déjà fait une allergie ?

- Oui Non
- Si oui, précisez :
- Antibiotique
- Iode
- Latex
- Résine
- Métal (préciser :
- Anesthésie
- Autre :

7 Prenez-vous des médicaments ?

- Oui Non
- Si oui, précisez :

9 Femmes seulement : êtes-vous enceinte ou en cours d'allaitement ?

- Oui Non
- Nombre de semaines/mois :

« Je certifie que les informations fournies au chirurgien-dentiste sont complètes et m'engage à lui signaler toute modification de mon état de santé par la suite. »

Date et signature du patient :