

# QUESTIONNAIRE MEDICAL

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.  
Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

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

Nom : ..... Prénom : ..... Date du dernier examen médical : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : ..... Tél. : .....  
Email : ..... Sexe : F  M   
Numéro de Sécurité Sociale : \_ \_ \_ \_ \_ Profession: ..... Date de naissance : ..../..../.....

## SANTÉ GÉNÉRALE :

Avez-vous des problèmes de santé ? Oui  Non

### Cardiaques-valvulaires

Souffle, malformation opérée ou non  Cardiaques-vasculaires  Infarctus  Douleurs thoraciques   
Rhumatisme articulaire aigu  Hypertension  Artérite  Angine de poitrine

### Diabète

Etes-vous diabétique ? Oui  Non   
Si oui, êtes-vous suivi ? Oui  Non   
Votre diabète est-il équilibré ? Oui  Non

### Hépatiques

Hépatite virale  Date : ..../..../.....

### Digestifs

Brûlures d'estomac  Ulcère

Êtes-vous traité pour ostéoporose ? Oui  Non

Si oui, par comprimé  ou par injection

### Nerveux

Pertes de connaissance  Anxiété   
Dépression  Spasmophilie

Êtes-vous enceinte ? Oui  Non

Si oui, quelle date ? ..../..../.....

### Autres pathologies

Troubles pulmonaires  Glandulaires  Oculaires  Rhumatismes   
Troubles rénaux  Immunologiques  HIV  Anémie   
Autres : .....

## TRAITEMENT MÉDICAL :

Prenez-vous actuellement des médicaments ? Oui  Non  Depuis quand prenez-vous des médicaments ? ..../..../.....

Médicaments : MARPLAN  MARSILID  NARDELZINE  XI-MA   
NIAMIDE  SURSUM  TYLCIPRINE   
Antidépresseur  Anticoagulants  contraceptif  Autres  : .....

Radiation /Rayon X  Date : .....  
Anesthésie locale  Réaction ? .....  
Anesthésie générale  Réaction ? .....

### Allergies

Aux pénicillines  Quel type d'allergie ? .....  
A l'aspirine  .....  
A d'autres médicaments  .....  
A d'autres produits  .....

Interventions chirurgicales :  Dates : .....

Nom du médecin traitant : ..... Tel : ..... Code postal : .....  
Adresse : ..... Ville : .....

Fait à : ..... le : ..... Signature du patient : .....

Ce cabinet dentaire dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de ce cabinet. Vous pouvez avoir accès à votre dossier en vous adressant à votre chirurgien-dentiste\*. \*Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés