

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

Êtes-vous traité pour ostéoporose ? Oui Non

Si oui, par comprimé ou par injection

Êtes-vous enceinte ? Oui Non

Si oui, quelle date ?

Hépatiques

Hépatite virale Date :/..../.....

Digestifs

Brûlures d'estomac Ulcère

Nerveux

Pertes de connaissance Anxiété
Dépression Spasmophilie

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