

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Les pathologies bucco-dentaires ainsi que les soins et traitements pouvant être entrepris peuvent interférer sur votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne. Aussi, nous vous demandons de remplir ce questionnaire médical avec précision.

Les problèmes médicaux particuliers seront réexaminés en consultation.

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____
Adresse : _____
Numéros de téléphone (fixe et portable) : 04 _____ **06** _____
N° de Sécurité Sociale : _____ **Adresse e-mail :** _____
Profession : _____ **Comment avez-vous connu le cabinet :** _____

Quel est le motif de votre consultation ?

Date approximative de votre dernière visite chez un chirurgien-dentiste :

Nom de votre médecin traitant généraliste :

Etes-vous suivi par un spécialiste (discipline ou non) ?

Suivi-vous actuellement un traitement médicamenteux ? Si Oui, le(s)quel(s) ?

Etes-vous concerné par les pathologies / états suivants :

Cardiaques : - Infarctus

- Pace-maker
- Malformation
- Souffle
- Rhumatisme articulaire aigü

Nerveux : - Anxiété

- Dépression
- Epilepsie

Vasculaire : - Hypertension artérielle

- Phlébite
- AVC (accident vasculaire cérébral)

Infectieux : - SIDA

- Autres (Hépatites, Herpès, Zona...)

Hépatiques : - Hépatites virales (A,B,C)

- Jaunisse...

Cancéreux : - Traité par chimiothérapie

- Traité par radiothérapie
- Quand ? Où ? Depuis quand ?

Digestifs : - Ulcère

Allergies : - Médicaments : Antibiotiques (Pénicillines...)

- Latex - Nickel - Iode
- Autres (alimentaire...)

Endocriniens : - Thyroïde

- Hypophyse
- Diabète

Pour les femmes : - Etes-vous enceinte ?

- Suivez-vous un traitement contraceptif ? (pilule / stérilet)

Respiratoires : - Asthme

- Bronchite chronique
- Œdème pulmonaire

Tabac : - nombre de cigarettes / jours :

- Depuis combien de temps ?

Consommation d'alcool : - fréquence :

Veuillez impérativement signaler au praticien si vous prenez ou avez pris 1 de ces médicaments (traitement ostéoporose...) :

Par voie intra-veineuse : - ZOMETA

- AREDIA
- BONDRONATE

Par voie orale : - FOSAMAX - LYTOS

- BONVIVA - ACTONEL
- CLASTOBA - DIDRONEL

Voyez-vous autre chose à me signaler ?

DATE ET SIGNATURE :