

QUESTIONNAIRE MEDICAL ET CONFIDENTIEL

Ce questionnaire médical et confidentiel est destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Il sera conservé dans votre dossier patient.

Nom Prénom : Date de naissance : Adresse : N° de téléphone : N° de portable : Médecin traitant : NB : Si vous bénéficiez d'un régime Sécurité sociale particulier (CMU, AME...) Merci de présenter votre attestation avant le RDV. Merci.
--

HISTORIQUE MEDICAL

Date du dernier contrôle dentaire :

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes de santé que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement :

Hypertension Artérielle (Si oui, est-elle équilibrée ?)	Asthme	Ulcère
Angine de Poitrine	Insuffisance respiratoire	Maladie du foie
Infarctus du myocarde	Bronchite chronique	Diabète (Si oui, est-il équilibré ?)
Insuffisance cardiaque	Tuberculose	Maladie de la Thyroïde
Affection valvulaire	Hémorragies	Insuffisance rénale
Malformation cardiaque	Maladie du sang	Dialyse
Trouble du rythme	Transfusion	Régime particulier
Endocardite	Epilepsie ou convulsions	Traitement par irradiations
Troubles circulatoires	Crise de tétanie	Chimiothérapie
Chirurgie cardiaque	Perte de connaissance	Corticothérapie
Pacemaker	Accident Vasculaire Cérébral	Sérologie HIV Positive
Rhumatisme Articulaire aigu	Dépression	Pathologie ORL
Infection grave	Troubles psychiatriques	Autres :

Avez-vous eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident ?	Oui	Non
Prenez vous des médicaments en ce moment ? Si oui lesquels ?		
- Antibiotiques - Antihistaminique - Cortisone - Aspirine - Traitement pour la tension artérielle - Biphosphonates - Insuline - Tranquillisant - Autres :		
Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Si oui lesquels ?		
- Anesthésique local chez le dentiste - Anti-inflammatoire ou aspirine - Latex - Antibiotique - Iode et produits dérivés - Barbituriques - Neuroleptiques ou somnifères - Métal - Codéine		
Pensez-vous avoir toute autre maladie ou tout autre problème non-indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions ? Si Oui, lesquels ?.....	Oui	Non

Êtes-vous fumeur ?	Non	Si oui, Nombre de Cigarettes/jour :.....
Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de toxicomanie ?	Non	Si oui quel type de drogue ?.....

Madame, Mademoiselle, êtes vous enceinte ?	Oui	Non
- Si Oui Combien de mois :		

Je soussigné(e), M..... certifie avoir signalé au Docteur tous les renseignements médicaux nécessaires et m'engage à l'informer de tout changement de mon état de santé ou de mes traitements.

A Saint Avertin, Le / / Signature :