

QUESTIONNAIRE MEDICAL

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

NOM : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Code Postal+Ville : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Profession : _____

Comment avez-vous eu nos coordonnées ? Internet Pages Jaunes

Mr, Mme..... Docteur..... Autres.....

1. A quand remonte votre dernier examen médical ?

2. Etes-vous actuellement suivi par un médecin, un spécialiste ou un service hospitalier ? Oui Non

Pourquoi ? Nom et Adresse du médecin.....

3. Prenez-vous actuellement des médicaments ? Oui Non

Noms:

Posologie:

4. Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? Oui Non Lesquelles ?

5. Avez-vous été hospitalisé ces deux dernières années ? Oui Non Pourquoi ?.....

6. Avez-vous, ou avez-vous eu une ou plusieurs affections ou traitements de la liste ci-jointe ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Angine de poitrine | <input type="checkbox"/> Infarctus du Myocarde |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> Affection valvulaire | <input type="checkbox"/> Malformation cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Troubles du rythme | <input type="checkbox"/> Endocardite | <input type="checkbox"/> Troubles circulatoires |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque | <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire | <input type="checkbox"/> Bronchite chronique |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Hémorragies | <input type="checkbox"/> Maladie du sang |
| <input type="checkbox"/> Transfusion | <input type="checkbox"/> Epilepsie ou convulsions | <input type="checkbox"/> Crise de tétanie |
| <input type="checkbox"/> Perte de connaissance | <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Troubles psychiatriques | <input type="checkbox"/> Ulcère | <input type="checkbox"/> Maladie du foie |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Maladie de la Thyroïde | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale |
| <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Régime particulier | <input type="checkbox"/> Traitement par irradiations |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Corticothérapie | <input type="checkbox"/> Sérologie HIV positive |
| <input type="checkbox"/> Maladie de la Thyroïde | <input type="checkbox"/> Pathologie ORL | <input type="checkbox"/> Infection grave |

Autres maladies ou traitements non répertoriés :

7. Connaissez-vous votre tension artérielle ? Oui Non Valeurs :

8. Avez-vous eu des complications à la suite d'anesthésies locales, ou au cours de soins dentaires ?

Oui Non Lesquelles ?

9. Avez-vous eu des allergies ? Oui Non A quel produit ?.....

10. Avez-vous eu des saignements allongés à la suite d'interventions chirurgicales, d'extractions dentaires ou de blessures ? Oui Non Combien de temps ?.....

11. Etes-vous enceinte ? Oui Non Date prévue de l'accouchement :

12. Moyen de Contraception :

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces renseignements. En cas de modifications de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien qui me soigne au rendez-vous suivant.

Date :

Signature :