Cabinet Dentaire du Dr. Christophe Schohn

CHIRURGIEN-DENTISTE – DIPLOME UNIVERSITAIRE EN IMPLANTOLOGIE

Mise à jour

de vos renseignements médicaux

Madame, Monsieur,

Votre état de santé a pu évoluer depuis votre dernière visite.
Aussi nous vous remercions de bien vouloir compléter à nouveau ce formulaire.
Vous connaitre est une priorité ; votre état de santé nous est précieux.
Si vous ne comprenez pas certaines questions, laissez-les, nous en reparlerons ensemble.
L'ensemble de ce document est strictement confidentiel.

VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE

Nom / Prénom : ……

Date de naissance……

Profession : ……Chez : ……

Adresse : ……

……

Tél. fixe : …… Tél portable : ……

Adresse Mail : ……@……

Votre dentiste habituel, si vous êtes adressés : Dr……

Votre médecin habituel : Dr……

Vos médecins spécialistes (cardiologue par ex.) : Dr ……

……

VOTRE SITUATION MEDICALE

1. Quels sont les médicaments que vous prenez actuellement ?

…… ……

…… ……

…… ……

…… ……

…… ……

2. Etes vous malade en ce moment ? ❑ Oui ❑ Non

……

X	MALADIE	PRECISEZ SVP
	Apnées du sommeil	
	Asthme	
	Dépression	
	Problèmes hormonaux	
	Diabète	
	Fibromyalgie	
	Glaucome	
	Hépatite A, B ou C	
	Maladies du foie	
	Maladies du sang	
	Maladies cardiaques, stents, valve, …	
	Œdèmes (gonflements)	
	Ostéoporose	
	Pacemaker	
	Pertes de connaissance, syncopes, vertiges	
	Problèmes de circulation sanguine	
	Problèmes nerveux	
	Prothèses (hanche, genoux, épaule, …)	
	Reflux gastro-oesophagien	
	Rhumatismes articulaires aigus	
	Séropositivité HIV	
	Sinusites répétées	
	Tendinites	
	Thyroïde	
	Problèmes rénaux	
	Tumeur maligne, cancer, chimio, rayons	
	Ulcère d'estomac	
	Autre ...	

3. Allergies :

X	ALLERGIE	PRECISEZ SVP
	Pénicilline (Clamoxyl,…)	
	Céphalosporines	
	Antibiotiques (lesquels)…….	
	Codéine	
	Tramadol	
	Aspirine	
	Ibuprofène (Advil, Nurofen, …)	
	Kétoprofène	
	Anti-inflammatoires (lesquels)	
	Nickel	
	Chrome	
	Cobalt	
	Titane	
	Iode	
	Latex	
	Autre …	

4. **Supportez-vous mal** (sans y être allergique) certains médicaments ? Devons-nous éviter de vous prescrire certains médicaments ?

Lesquels : ……

5. Avez-vous déjà eu un **saignement** anormal au cours d'une intervention ou d'un accident? ❑ Oui ❑ Non

6. Avez-vous déjà subi un traitement par **Rayons** ? **Chimio** ? **Radiothérapie** ? ❑ Oui ❑ Non
7. **Tabac :** Etes-vous fumeur ? ❑ Oui ❑ Non
   a. ❑ Nombre de cigarettes /jour : ……
   b. ❑ Cigarette électronique

8. **Madame, Mademoiselle :** Êtes-vous **enceinte** ? ❑ Oui (nb de mois……) ❑ Non

9. **Autres renseignements utiles :**

……
……
……
……

DATE : **SIGNATURE :**

CONFIDENTIEL