



QUESTIONNAIRE MEDICAL

Madame, Monsieur, Bienvenue !

Vous avez été adressé(e) par votre praticien ou votre médecin.

Nous allons tout mettre en œuvre pour vous satisfaire.

Vous connaître est une priorité ; votre santé nous est précieuse. Aussi nous vous remercions de bien vouloir remplir avec soin cet historique médical et dentaire avant notre entrevue. Si vous ne comprenez pas certaines questions, laissez-les, nous en reparlerons ensemble.

L'ensemble de ce document est strictement confidentiel.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

☐Mme ☐Mlle ☐Mr Nom :Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse domicile:.....
.....

Tél portable :Tél fixe :

Adresse E-Mail :@.....

Profession :Chez :à.....

Tél au travail :

VOS MEDECINS HABITUELS :

Dentiste habituel : Dr.....

Généraliste : Dr.....

Cardiologue : Dr

Autres spécialistes :

.....

VOTRE SANTE GENERALE

- A quand remonte votre dernier examen médical (non dentaire) ?
- A quand remonte votre dernier examen dentaire ?
- Etes-vous en ALD (affection longue durée) ? Non ☐ Oui ☐ (Motif :)
- Prenez-vous des anticoagulants ? Non ☐ Oui ☐ (Lesquels :)

- Allergies : êtes-vous allergique à :

X	ALLERGIE	PRECISEZ SVP
	Antibiotiques ? (pénicilline, etc...)	
	Antidouleurs forts ? (Codéine, Tramadol, ...)	
	Ibuprofène (Advil, Nurofen, ...)	
	Anti-inflammatoires ? (Kétoprofène, etc...)	
	Métaux ? Chrome, Cobalt, Titane, etc...	
	Iode	
	Latex	
	Anesthésiques	
	Autre ...	

- En dehors des allergies, supportez-vous mal certains médicaments ? Devons-nous éviter de vous prescrire certains médicaments ? Lesquels :
- Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous déjà subi un traitement du cancer par ? Chimio ? Rayons ? Chirurgie ? Non ☐ Oui ☐
- Tabac : Etes-vous fumeur ? Non ☐ Oui ☐ (Nb de cigarettes /jour :) Cigarette électronique ? ☐
- Ancien fumeur ? Non ☐ Oui ☐ Toxicomanie ? Non ☐ Oui ☐
- Êtes-vous enceinte ? Non ☐ Oui ☐ (mois) Allaitement ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous été traitée contre l'ostéoporose ou prenez-vous des Bisphosphonates ? Non ☐ Oui ☐
(exemple : Aclasta, Diodocral, Bonviva, Zomesta, Fosamax, Actonel, Didronel, Bonefos, etc...)
En comprimés ? ☐ En injection ? ☐
- Devez-vous être opéré prochainement ? Non ☐ Oui ☐
- Devez-vous prendre des antibiotiques avant un soin dentaire (antibioprophylaxie) ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous eu des complications à la suite d'anesthésies dentaires Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous eu des saignements anormalement longs à la suite d'extractions dentaires ? Non ☐ Oui ☐
- Etes-vous en traitement en ce moment ? Non ☐ Oui ☐

- Etes-vous atteint par une de ces maladies ? Quels traitement ou médicaments prenez-vous ?

X	MALADIE	MEDICAMENTS OU TRAITEMENT
	Apnées du sommeil	
	Asthme	
	Cœur : maladies ou prothèses, infarctus, stents, insuffisance, malformation, troubles du rythme, endocardite, valve artificielle, angine de poitrine ...	
	Cancer	
	Dépression	
	Diabète (préciser type 1 ou 2)	
	Fibromyalgie	
	Glaucome	
	Hypertension artérielle	
	Maladies du foie, hépatites (A, B ou C)	
	Insuffisance rénale	
	Maladies du sang	
	Œdèmes (gonflements)	
	Ostéoporose	
	Pacemaker	
	Pertes de connaissance, syncopes, tétanie	
	Pathologie oculaire	
	Pathologie ORL (sinusites fréquentes,...)	
	Problèmes de circulation sanguine	
	Problèmes hormonaux	
	Problèmes nerveux	
	Problèmes rénaux, dialyse	
	Prothèses (hanche, genoux, épaule, ...)	
	Reflux gastro-œsophagien	
	Rhumatismes articulaires aigus	
	Séropositivité HIV - SIDA	
	Tendinites	
	Thyroïde (hyper-, hypo-)	
	Tumeur maligne, cancer, chimio, rayons	

- Autres renseignements utiles sur votre santé :

Merci de votre collaboration.

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai immédiatement toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Molsheim, le (date) :

Signature du patient (ou tuteur légal) :