

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Afin de vous apporter la meilleure prise en charge, chaque première consultation fait l'objet d'un questionnaire médical précis, consigné dans votre dossier.  
 Les réponses que vous fournirez seront l'objet d'une attention particulière permettant une évaluation précise de votre état de santé par votre chirurgien-dentiste, et si nécessaire une adaptation de son traitement et/ou prescriptions.  
 Merci de prendre le temps de répondre à ce questionnaire concernant vos antécédents médicaux, chirurgicaux, traitements médicamenteux anciens ou récents, allergies ; puis de dater et signer en fin de page.

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... / ..... / ..... Adresse : .....  
 N° de Sécurité Sociale : ..... N° de téléphone : .....  
 Adresse mail : ..... Profession : .....  
 Nom du (des) médecin(s) traitant(s) ou spécialiste(s) : .....  
 Adressé par : ..... Date du dernier contrôle dentaire : ..... / ..... / .....

**Quel est le motif de la consultation ?**

1

Une douleur  
 Un contrôle  
 Autre :

**Avez-vous eu un problème de santé cette année ?**

2

OUI  NON  
 Si oui, précisez :  
 Infarctus  
 Accident vasculaire cérébral  
 Cancer  
 Autre :

**Avez-vous des problèmes ou antécédents ?**

3

|                                     |                                       |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cardiaque  | <input type="checkbox"/> Digestif     |
| <input type="checkbox"/> Vasculaire | <input type="checkbox"/> Dépression   |
| <input type="checkbox"/> Pulmonaire | <input type="checkbox"/> Épilepsie    |
| <input type="checkbox"/> Rénal      | <input type="checkbox"/> Cancer actif |
| <input type="checkbox"/> Diabète    | <input type="checkbox"/> VIH, sida    |
| <input type="checkbox"/> Hépatique  | <input type="checkbox"/> Herpès, zona |
| <input type="checkbox"/> Sanguin    | <input type="checkbox"/> Autre :      |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde   |                                       |

**Avez-vous déjà subi une opération ?**

4

OUI  NON  
 Si oui, précisez :  
 Valve cardiaque  
 Pace maker, stents, pontage  
 Thyroïde  
 Rein  
 Foie  
 Greffe  
 Hanche  
 Cancer  
 Autre :

**Êtes-vous traité à l'hôpital pour :**

5

Dialyse  
 Chimiothérapie  
 Radiothérapie

**Fumez-vous ?**

8

OUI  NON  
 et/ou consommez-vous de l'alcool ?  
 OUI  NON

**Avez-vous déjà fait une allergie ?**

6

OUI  NON  
 Si oui, précisez :  
 Antibiotique  
 Iode  
 Latex  
 Résine  
 Métal (préciser : .....)  
 Anesthésie  
 Autre :

**Prenez-vous des médicaments ?**

7

OUI  NON  
 Si oui, précisez :  
 .....  
 .....  
 .....

**Femmes seulement : êtes-vous enceinte ou en cours d'allaitement ?**

9

OUI  NON  
 Nombre de semaines/mois :  
 .....  
 .....

« Je certifie que les informations fournies au chirurgien-dentiste sont complètes et m'engage à lui signaler toute modification de mon état de santé par la suite. »

Date et signature du patient :