



QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

N° dossier :

Ce questionnaire médical 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 :	Profession :		
Adresse :		Code postal :		
		Ville :		
Adresse E-mail :				
Tél portable :		Tél domicile:		
Date de naissance :	Âge :	Sexe :	F	M

Avez-vous ou avez-vous eu une ou plusieurs affections de la liste suivantes ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle
<input type="checkbox"/> Angine de poitrine
<input type="checkbox"/> Infarctus de myocarde
<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque
<input type="checkbox"/> Affections valvulaire
<input type="checkbox"/> Malformation cardiaque
<input type="checkbox"/> Troubles de rythme
<input type="checkbox"/> Endocardite
<input type="checkbox"/> Troubles circulatoire
<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"/> Infection grave
<input type="checkbox"/> Epilepsie ou convulsion
<input type="checkbox"/> Crise de tétanie
<input type="checkbox"/> Perte de connaissance
<input type="checkbox"/> Dépression
<input type="checkbox"/> Troubles psychiatriques | <input type="checkbox"/> Maladie du sang
<input type="checkbox"/> Ulcère gastrique
<input type="checkbox"/> Maladie du foie, Hépatite
<input type="checkbox"/> Diabète
<input type="checkbox"/> Maladie de la Thyroïde
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale
<input type="checkbox"/> Maladie de la peau
<input type="checkbox"/> Arthrose
<input type="checkbox"/> Pathologie oculaire
<input type="checkbox"/> Pathologie ORL |
|--|---|---|

Autres maladies non répertoriées :

Avez-vous ou avez-vous eu un traitement ou un examen dans la liste suivantes ?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque
<input type="checkbox"/> Pace maker
<input type="checkbox"/> Dialyse
<input type="checkbox"/> Transfusion | <input type="checkbox"/> Régime particulier
<input type="checkbox"/> Cure
<input type="checkbox"/> Examen sanguin récent
<input type="checkbox"/> Sérologie VIH positive | <input type="checkbox"/> Radiothérapie
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie
<input type="checkbox"/> Corticothérapie
<input type="checkbox"/> Prothèse de hanche |
|---|---|--|

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?

Avez-vous actuellement des problèmes de santé ? Oui Non Lesquels

Prenez-vous actuellement des médicaments ? Oui Non Lesquels

Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? Oui Non Lesquelles

Connaissez-vous votre tension artérielle ? Oui Non Indiquez les valeurs :

Êtes-vous allergique, ou avez-vous déjà été allergique ? Oui Non

Précisez à quel(s) produit(s) :

Problème lors des anesthésies dentaire ? Oui Non

Si oui, précisez lesquelles :

Avez-vous eu des saignements prolongés à la suite d'interventions chirurgicales, d'extractions dentaires ou de blessures ? Oui Non

Renseignements complémentaires

Êtes-vous fumeur ? Oui Non Si oui, depuis combien de temps ? Combien de cigarettes/jour ?

Êtes-vous enceinte ? Oui Non **Allaitez-vous ?** Oui Non **Date prévue de l'accouchement ?**

Nom et adresse de votre médecin traitant :

Date :

.....

Signature :