

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

(entourer la réponse correcte)

La connaissance de votre état de santé est importante pour adapter vos traitements dentaires. Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire médical au stylo noir, avec précision. En cas de difficultés, parlez-en à votre praticien. Toutes les informations recueillies restent strictement confidentielles.

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Etes vous en bonne santé? OUI NON

Etes vous suivi(e) par un spécialiste ? NON OUI, pour quoi?.....

Nom du médecin généraliste: Ville.....

Nom du spécialiste (le cas échéant) : Ville.....

Avez-vous déjà été hospitalisé(e)? NON OUI, pour quoi?.....

Connaissez-vous votre tension? NON OUI, valeurs:.....

Donnez-vous votre sang ? NON OUI

Quels médicaments prenez-vous régulièrement?.....

Prenez-vous ou avez-vous pris un des médicaments suivants? Fosamax®, Fosavance®, Acide Alendronique®, Skelid®, Aclcasta®, Bonviva®, Didronel®, Etidronate de Sodium®, Actonel®, Risedronate de Sodium®, Clastoban®, Lytos® en comprimés, Clodronate de Sodium® ; Zométa®, Arédia®, Prolia, Xgéva, Pamidronate de Sodium, Oste pam®, Paminject®, Bondronat® en intraveineuse, Denosumab ?

Etes-vous allergique à un médicament, un produit? NON OUI, lequel?.....

Avez-vous subi une radiothérapie (rayons) localisée à la face, au cou ? NON OUI:.....

Avez-vous subi une chimiothérapie, une immuno-suppression? NON OUI:.....

Fumez-vous ou avez-vous fumé? NON OUI, quantité journalière:.....

Consommez-vous très régulièrement de l'alcool? NON OUI

Avez-vous ou avez-vous eu une de ces maladies:

*Maladie du coeur ou des vaisseaux? NON OUI, laquelle?.....

* Maladie des poumons, des oreilles, du nez? NON OUI, laquelle?.....

* Maladie des intestins, de l'estomac? (ulcère...) NON OUI, laquelle?.....

* Maladie du sang? Ostéoporose? NON OUI, laquelle?.....

* Maladie du rein ou du foie? NON OUI, laquelle?.....

* Une maladie neurologique? (épilepsie...) NON OUI, laquelle?.....

* Une maladie virale? (Herpès, Zona, Hépatite B, C, VIH...) NON OUI, laquelle?.....

* Une maladie de la glande thyroïde? NON OUI, laquelle?.....

Etes-vous diabétique? NON OUI, quel type?.....type 1.....type 2.....

Avez-vous déjà eu un malaise, une perte de connaissance au cabinet dentaire ? NON OUI

Avez-vous eu un saignement prolongé par exemple suite à une extraction dentaire ? NON OUI

Avez-vous d'autres informations médicales à communiquer? NON OUI:

Madame: Portez-vous un stérilet? OUI NON Etes-vous enceinte? NON OUI, depuis quand?.....

Avez-vous un projet de grossesse? NON OUI

« A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces informations. En cas de modification de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai mon praticien traitant au RDV suivant »

Date :...../...../.....

Signature du patient

Signature du praticien

MERCI DE BIEN VOULOIR OTER VOS BOUCLES D'OREILLES ET PERCING AVANT LA CONSULTATION