

Questionnaire médical

Nom : Prénom :

Adresse :

..... CP : Ville :

Date De Naissance :/...../..... Profession :

N° Sécurité Sociale : Téléphones :

Adresse mail :

Nous allons commencer ensemble un traitement bucco-dentaire et afin d'éviter d'éventuelles interactions, nous vous demandons de répondre à ce questionnaire avec beaucoup d'attention et de précision. **Merci de cocher les cases** en regard des pathologies existantes ou que vous avez pu avoir.

<input type="checkbox"/> Atteinte cardiaque.....	<input type="checkbox"/> Désordres hormonaux	<input type="checkbox"/> Diabète
<input type="checkbox"/> Atteinte hépatique	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Rhumatismes
<input type="checkbox"/> Troubles rénaux	<input type="checkbox"/> Tumeur maligne	<input type="checkbox"/> Troubles pulmonaires
<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Maladie du sang	<input type="checkbox"/> Ulcère / Troubles digestifs
<input type="checkbox"/> Troubles neurologiques	<input type="checkbox"/> Troubles nerveux	<input type="checkbox"/> Autres

TRAITEMENT MEDICAL : Merci de lister les médicaments que vous prenez :

.....
.....
.....

Prenez-vous un médicament pour l'ostéoporose ? Non Oui.....

Allergies ? Non Oui.....

Antécédents de radiothérapie :

Etes-vous fumeur ou fumeuse ? Non Oui (Nombre de cigarettes par jour).....

Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ? Non Oui

• Si oui, de combien de mois :

• Etes-vous actuellement sous contraception ? Non Oui.....

Nom et adresse de votre médecin traitant :

.....

Motif de votre consultation : Avis - Implants - Esthétique - Contrôle - Douleur - Détartrage

Êtes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ? Non Oui

Je m'engage à signaler tous changements concernant mon état de santé et mes éventuels nouveaux traitements.

Fait à Aix en Provence le/...../..... Signature du patient :