

# 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 :