QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT CONFIDENTIEL

Nom et prénom(s) du patient :

Adresse :

Code postal : Ville :

Numéro de sécurité sociale

Tél. Maison: Portable :

Date de naissance : Age : Sexe : M F

Adresse e-mail:

Profession :

Raison de la visite

Rendez-vous de contrôle	☐	Informations	☐	Plombage brisé	☐	Carie	☐
Extraction	☐	Dent sensible	☐	Dent fracturée	☐	Gencive	☐
Détartrage	☐	Douleur	☐	Prothèse dentaire	☐	Autre	☐

Date approximative du dernier examen dentaire (ou soins dentaires) :

Questionnaire de santé

	Oui	Non		Oui	Non
Etes-vous en bonne santé ?	☐	☐	Arthrose (préciser zone)	☐	☐
Troubles cardiaques	☐	☐	Troubles cutanés	☐	☐
Troubles vasculaires/sanguins	☐	☐	Allergies	☐	☐
Troubles rénaux	☐	☐	Si oui, précisez lesquelles :		
Troubles digestifs	☐	☐			
Troubles hépatiques	☐	☐	Troubles glandulaires/hormonaux	☐	☐
Troubles nerveux/épilepsie	☐	☐	SIDA / HIV+	☐	☐
Troubles pulmonaires / asthme	☐	☐	Hépatite	☐	☐
Troubles oculaires	☐	☐	Tuberculose	☐	☐
Diabète	☐	☐	Cancer	☐	☐
Rhumatisme articulaire aigu	☐	☐	Autre maladie(s) ?		

Suivez-vous un traitement médical en ce moment ? Oui Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) :

Prenez-vous des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels :

Etes-vous enceinte ? Oui Non Si oui : mois.

Renseignements complémentaires

Etes-vous fumeur ? Oui Non Si oui : cigarettes / jour depuis années

Avez-vous été traité par radiothérapie ? Oui Non

Si oui, date et localisation :

Avez-vous eu des saignements prolongés après une extraction chirurgicale ? Oui Non

Etes-vous sous traitement par biphosphonates ?

(ex : Aclasta®, Actonel®, Fosamax®, Fosavance®, Bonviva®, Optruma®, ...) Oui Non

Nom et adresse du médecin traitant :

Ce questionnaire médical et 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.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données personnelles vous concernant auprès de votre chirurgien-dentiste

Merci de nous signaler tout changement concernant votre état de santé
Et/ou vos traitements médicaux

Date :

Signature :