



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"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maladie du sang |
| <input type="checkbox"/> Angine de poitrine | <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire | <input type="checkbox"/> Ulcère gastrique |
| <input type="checkbox"/> Infarctus de myocarde | <input type="checkbox"/> Bronchite chronique | <input type="checkbox"/> Maladie du foie, Hépatite |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Affections valvulaire | <input type="checkbox"/> Infection grave | <input type="checkbox"/> Maladie de la Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Malformation cardiaque | <input type="checkbox"/> Epilepsie ou convulsion | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale |
| <input type="checkbox"/> Troubles de rythme | <input type="checkbox"/> Crise de tétanie | <input type="checkbox"/> Maladie de la peau |
| <input type="checkbox"/> Endocardite | <input type="checkbox"/> Perte de connaissance | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Troubles circulatoire | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Pathologie oculaire |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> Troubles psychiatriques | <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"/> Régime particulier | <input type="checkbox"/> Radiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Pace maker | <input type="checkbox"/> Cure | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Examen sanguin récent | <input type="checkbox"/> Corticothérapie |
| <input type="checkbox"/> Transfusion | <input type="checkbox"/> Sérologie VIH positive | <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 **Allaitiez-vous ?** Oui Non **Date prévue de l'accouchement ?****Nom et adresse de votre médecin traitant :****Date :****Signature :**