

- QUESTIONNAIRE MEDICAL -

**IDENTITE :**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
 Téléphones : \_\_\_\_\_ Adresse email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_ Adressé par : \_\_\_\_\_  
 Date du dernier contrôle dentaire : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

1

**QUEL EST LE MOTIF DE LA CONSULTATION ?**

- Une douleur
- Un contrôle
- Autre : \_\_\_\_\_

2

**AVEZ-VOUS EU UN PROBLEME DE SANTE CETTE ANNEE ?**

- OUI  NON

Si oui, précisez :

- AVC
- Cancer
- Infarctus
- Autre : \_\_\_\_\_

3

**AVEZ-VOUS DES PROBLEMES OU ANTECEDENTS ?**

- Asthme
- Cardiaque
- Cancer actif
- Dépression
- Diabète type 1/2
- Digestif
- Epilepsie
- Herpès, Zona
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ostéoporose
- Pulmonaire
- Rénal
- Tension
- Ulcère
- Vasculaire
- VIH, Sida

4

**ETES-VOUS TRAITE A L'HOPITAL POUR ?**

- Chimiothérapie
- Dialyse
- Radiothérapie

5

**AVEZ-VOUS DEJA SUBI UNE OPERATION ?**

- OUI  NON

Si oui, précisez :

- Cancer
- Foie
- Genou
- Greffe
- Hanche
- Ablation vésicule biliaire
- Pace maker, stents, pontage
- Rein
- Thyroïde
- Valve cardiaque
- Autre : \_\_\_\_\_

6

**AVEZ-VOUS DEJA FAIT UNE ALLERGIE ?**

- OUI  NON

Si oui, précisez :

- Anesthésie
- Antibiotique
- Iode
- Autre : \_\_\_\_\_
- Latex
- Métal : \_\_\_\_\_
- Résine

7

**FUMEZ-VOUS ?**

- OUI  NON  
 \_\_\_\_\_ / jour

**CONSOMMEZ-VOUS DE L'ALCOOL ?**

- OUI  NON

AUTRE : \_\_\_\_\_

8

**FEMMES SEULEMENT : ETES-VOUS ENCEINTE OU EN COURS D'ALLAITEMENT ?**

- OUI  NON

Nombre de semaines/mois : \_\_\_\_\_

9

**AVEZ-VOUS UN TRAITEMENT MEDICAMENTEUX EN COURS ?**

- OUI  NON

**ETES-VOUS SOUS ANTICOAGULANT ?**

- OUI  NON

**COMMENTAIRES DU PRATICIEN :**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

« Je certifie que les informations fournies au chirurgien-dentiste sont complètes et m'engage à lui signaler toute modification de mon état de santé par la suite. »

**DATE ET SIGNATURE DU PATIENT :**