

Nous allons commencer ensemble un traitement bucco-dentaire et nous vous demandons de répondre à ce questionnaire avec beaucoup d'attention et de précision. Nous vous en remercions.

Nom : Prénom : Date de Naissance :

Adresse : Code Postal/ Ville:

Téléphone : Profession :

Email :

Comment avez-vous eu nos coordonnées ?

Internet Docteur Mme., M Autre

1. A quand remonte votre dernier examen Dentaire? Médical ?

2. Etes-vous actuellement suivi par un médecin, un spécialiste ou un service hospitalier ?

NON OUI, POURQUOI ?.

Nom et Adresse du médecin :

3. Prenez-vous actuellement des médicaments ?

4. Avez- vous subi des interventions chirurgicales ?

NON OUI, LESQUELS ?

5. Avez-vous, ou avez-vous eu une ou plusieurs affections ou traitements de la liste ci-jointe ? (si oui, cochez la case)

<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Maladie du sang	<input type="checkbox"/> Sérologie HIV positive
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Traitement par irradiations	<input type="checkbox"/> Dépression
<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Infection grave
<input type="checkbox"/> Trouble cardio vasculaire	<input type="checkbox"/> Perte de connaissance	<input type="checkbox"/> Hépatite B
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/> Hépatite C
<input type="checkbox"/> Pathologie ORL	<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral	
<input type="checkbox"/> Autres:		

6. Connaissez-vous votre tension artérielle ? NON OUI : VALEURS :

7. Avez-vous eu des complications à la suite d'anesthésies locales, ou au cours de soins dentaires? NON OUI
LESQUELLES?

8. Avez-vous eu des allergies ? NON OUI : A QUEL PRODUIT ? :

9. Etes-vous enceinte ? NON OUI : DATE PREVUE DE L'ACCOUCHEMENT :

10. Etes vous fumeur ? NON OUI, en quelle quantité :

11. Consommez-vous de l'alcool quotidiennement ? NON OUI Des stupéfiants ? NON OUI

12. Avez-vous eu des signes évocateurs du COVID 19 dans les 15 derniers jours ou dans votre entourage direct (fièvre, perte de goût ou odorat, état grippal...)? NON OUI

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces renseignements. En cas de modifications de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien qui me soigne au rendez-vous suivant.

Afin d'améliorer notre prise en charge, une radio panoramique va être réalisée avant l'entretien avec le dentiste.

Date :

Signature :