

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

*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.*

*Nous vous en remercions.*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ rue \_\_\_\_\_ Code Postal/ Ville: \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Comment avez-vous eu nos coordonnées ?  Internet  Pages jaunes  Docteur.....  
 Mme, Mr.....  Autres.....

1. A quand remonte votre dernier examen 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 ?  
NON OUI LESQUELS ?.....

Noms :	Posologie :
--------	-------------

4. Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?  
NON OUI LESQUELS ? .....
5. Avez-vous été hospitalisé ces deux dernières années ?  
NON OUI POURQUOI ?.....
6. 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"/> Hypertension artérielle     | <input type="checkbox"/> Asthme                       | <input type="checkbox"/> Ulcère                      |
| <input type="checkbox"/> Angine de poitrine          | <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire    | <input type="checkbox"/> Maladie du foie             |
| <input type="checkbox"/> Infarctus du Myocarde       | <input type="checkbox"/> Bronchite chronique          | <input type="checkbox"/> Diabète                     |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque      | <input type="checkbox"/> Tuberculose                  | <input type="checkbox"/> Maladie de la Thyroïde      |
| <input type="checkbox"/> Affection valvulaire        | <input type="checkbox"/> Hémorragies                  | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale         |
| <input type="checkbox"/> Malformation cardiaque      | <input type="checkbox"/> Maladie du sang              | <input type="checkbox"/> Dialyse                     |
| <input type="checkbox"/> Troubles du rythme          | <input type="checkbox"/> Transfusion                  | <input type="checkbox"/> Régime particulier          |
| <input type="checkbox"/> Endocardite                 | <input type="checkbox"/> Epilepsie ou convulsions     | <input type="checkbox"/> Traitement par irradiations |
| <input type="checkbox"/> Troubles circulatoires      | <input type="checkbox"/> Crise de tétanie             | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie              |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque         | <input type="checkbox"/> Perte de connaissance        | <input type="checkbox"/> Corticothérapie             |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker                   | <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral | <input type="checkbox"/> Sérologie HIV positive      |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> Dépression                   | <input type="checkbox"/> Maladie de la Thyroïde      |
| <input type="checkbox"/> Infection grave             | <input type="checkbox"/> Troubles psychiatriques      | <input type="checkbox"/> Pathologie ORL              |

Autres maladies ou traitements non répertoriés : .....

7. Connaissez-vous votre tension artérielle ? NON OUI VALEURS : .....
8. Avez-vous eu des complications à la suite d'anesthésies locales, ou au cours de soins dentaires ?  
NON OUI LESQUELLES ? .....
9. Avez-vous eu des allergies ?  
NON OUI A QUEL PRODUIT ?.....
10. Avez-vous eu des saignements allongés à la suite d'interventions chirurgicales, d'extractions dentaires ou de blessures ?  
NON OUI COMBIEN DE TEMPS: .....
11. Etes-vous enceinte ?  
NON OUI DATE PREVUE DE L'ACCOUCHEMENT :

*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.*

Date :

Signature :