

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.

Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

Nom du patient.....Prénom.....
Email.....
Date de naissance.....
Profession.....
Date du dernier examen médical.....
Suivez-vous actuellement un traitement médical.....
LequelDepuis
quand.....
Pourquoi.....
Nom du médecin traitant.....tel.....

Merci de répondre en entourant la bonne réponse

Avez-vous des problèmes de santé ? OUI NON

CARDIAQUES

Souffle cardiaque OUI NON
Malformation opérée ou non OUI NON
Angine de poitrine OUI NON
Infarctus OUI NON
Rhumatisme articulaire aigu OUI NON

VASCULAIRE

Hypertension OUI NON
Artérite OUI NON
Hypotension

RENAUX

Insuffisance rénale OUI NON
Urémie OUI NON
Antécédents de glomérulo-néphrite aiguë OUI NON

DIGESTIFS

Brûlures d'estomac OUI NON
Ulcère OUI NON

HEPATIQUES

Jaunisse OUI NON
Hépatite virale OUI NON

NERVEUX

Perte de connaissance OUI NON
Dépression OUI NON
Crise nerveuse OUI NON

PULMONAIRE

Tuberculose OUI NON

GLANDULAIRES

Thyroïde OUI NON
Surrénale OUI NON

Hypophyse	OUI	NON
SANGUINS		
Anémie	OUI	NON
Purpura	OUI	NON
HIV	OUI	NON

Suivez vous un traitement contre l'ostéoporose	OUI	NON
Si oui, lequel :.....		
Êtes-vous traité par des biphosphonates	OUI	NON

Si oui, quelle spécialité ? ACTONEL ARELIA BONDRONAT ZOMETA
 BONVIVA FOSAMAX FOSAVANCE AUTRE

Date du début du traitement :

Êtes-vous diabétique ?	OUI	NON
Si oui, êtes vous suivi ?	OUI	NON
Votre diabète est-il équilibré ?	OUI	NON
Avez-vous subi une intervention chirurgicale sérieuse ?	OUI	NON
Avez-vous déjà eu une anesthésie locale ?	OUI	NON
Si oui, avez vous eu des réactions ?	OUI	NON
De quel type		
- Eruption cutanée	OUI	NON
- Malaise	OUI	NON
- Gonflement	OUI	NON
- Autres.....		

Êtes-vous allergique ?		
- Aux pénicillines	OUI	NON
- A d'autres médicaments	OUI	NON
lesquels?		
quel type d'allergie ?.....		

Saignez-vous beaucoup après une coupure ?	OUI	NON
Avez-vous eu des ennuis hémorragiques ?	OUI	NON
Prenez vous des anticoagulants ?	OUI	NON

Êtes-vous enceinte ?	OUI	NON
Moyen de contraception utilisé ?.....		
Avez-vous été irradié ?	OUI	NON
Traitement X ?	OUI	NON
Antécédents familiaux		

.....
.....
.....

Fait-le

SIGNATURE

A COMPLETER ET A REMETTRE AU PRATICIEN

Ce cabinet dentaire dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de ce cabinet. Vous pouvez avoir accès à votre dossier en vous adressant à votre chirurgien-dentiste*. *Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés