

QUESTIONNAIRE MEDICAL • CONFIDENTIEL

Mme / Mlle / Mr ..... Réalisé le .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

*Nous allons commencer ensemble un traitement bucco-dentaire et, afin d'éviter d'éventuelles interactions, nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire.*

Nom du médecin traitant : .....

	OUI	NON
<u>Avez-vous un éventuel(le) :</u>		
Pathologie cardiaque .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologie sanguine ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologie digestive ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déséquilibre hormonal, diabète ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologie pulmonaire, asthme ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles nerveux, épilepsie ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie auto-immune ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie infectieuse (hépatite, VIH) ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres ? .....		

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Si oui, lesquels ? :  
.....  
.....

Prenez-vous ou avez-vous déjà pris, par le passé, un traitement contenant des Biphosphonates, en comprimés ou en injections (pour ostéoporose, maladie de Paget...) ? Si oui, lesquels ?  
.....

Avez-vous subi des traitements par radiothérapie et/ou chimiothérapie ? Si oui, à quelle date ?  
.....

Prenez-vous ou avez-vous pris, par le passé, des traitements par stéroïdes anabolisants ? Si oui, lesquels ?  
.....

Etes-vous allergique à certains produits ou médicaments (produits iodés, antibiotiques...)? Si oui, lesquels ?

.....

Etes-vous fumeur ? Si oui, combien de cigarettes fumez-vous par jour ? .....

Etes-vous enceinte ? .....

Avez-vous eu un problème particulier lors des soins dentaires précédents (anesthésie difficile, hémorragie, malaise..)?

.....

Je soussigné(e), Mme / Mlle / Mr ..... certifie avoir signalé au Docteur tous les renseignements médicaux nécessaires et m'engage à l'informer de tout changement de mon état de santé ou de mes traitements.

Signature du patient :