

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL DE SANTE

Mr / Mme

Né(e) le :

N° de dossier :

Adresse:

☎ fixe:

☎ portable:

☎ pro

Mail:

Les pathologies bucco-dentaires ainsi que les soins et les traitements pouvant être entrepris peuvent interférer avec votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne. Aussi nous vous demandons de remplir ce questionnaire médical confidentiel avec précision. Les problèmes médicaux particuliers seront réexaminés en consultation avec votre chirurgien dentiste.

1. Motif de consultation:

2. Date de la dernière consultation dentaire : Nom du praticien :

3. Nom de votre médecin traitant :

4. Pour les femmes, êtes-vous enceinte ou supposez-vous l'être ? OUI NON Date d'accouchement:.....

5. Suivez-vous actuellement un traitement prescrit par votre médecin ?

- Asprine ou antiagrégant plaquettaire (ex : Kardégic, Aspégic) : OUI NON Dosage :

- AVK anti-vitamine K (ex : Sintron, Previscan, Coumadin) OUI NON INR :

- Antithrombotique (ex : Plavix) OUI NON Dosage :

- Antihypertenseur OUI NON Tension : /

- Bisphosphonates Oraux ou Intra-veineux OUI NON Nom :

- Autres, précisez lesquels :

6. Avez-vous eu ou avez-vous une ou plusieurs maladies de la liste suivante :

- Troubles cardiaques OUI NON ; si oui, lesquels :

- Troubles respiratoires OUI NON ; si oui, lesquels :

- Troubles endocriniens OUI NON ; si oui, lesquels : diabète 1/2, hyper / hypothyroïdie, autres

- Troubles neurologiques OUI NON ; si oui, lesquels : épilepsie, tétanie, autres

- Troubles digestifs OUI NON ; si oui, lesquels : ulcère, hernie, reflux, autres

- Troubles rénaux OUI NON ; si oui, lesquels : insuffisance, dialyse, autres

- Affections virales OUI NON ; si oui, lesquels : hépatite A/B/C, SIDA, HIV, autres

- Affections cancéreuses OUI NON ; si oui, lesquels :

7. Avez-vous une maladie ou un problème qui n'est pas mentionné ci-dessus ? OUI NON

Si oui, expliquez

8. Etes-vous allergiques aux :

- Anesthésiques locaux OUI NON ; si oui, lesquels :

- Antibiotiques OUI NON ; si oui, lesquels :

- Anti-inflammatoires OUI NON ; si oui, lesquels :

- Antalgiques OUI NON ; si oui, lesquels :

- Iode, Bétadine OUI NON

- Latex OUI NON

- Autres, précisez lesquels :

9. Etes vous fumeur ? OUI NON ; si oui, consommation quotidienne : cigarettes par jour

Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? OUI NON

Date :

Signature :