

Questionnaire médical patient (confidentiel)

Nom et Prénom : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____
Tél fixe : _____ Tél portable : _____
Adresse mail : _____ Date de la consultation : _____

Adressé ou recommandé par :

Médecin Annuaire téléphonique Un dentiste Mutuelle _____
 Mr ou Mme _____ Autre _____

N° Sécurité Sociale : _____

Avez-vous la CMU / ACS / AME ? : Oui / Non

Avez-vous une mutuelle : Oui / Non

Si oui, laquelle ? _____

N° contrat et adhérent : _____

Profession : _____

Nom du médecin traitant (et sa ville) : _____

Raison de la visite :

Contrôle Soin / dent cassée Carie Dents / gencives sensibles Détartrage
 Douleur Prothèse dentaire Orthodontie Autre _____

Dernière visite chez le dentiste : _____

Souffrez-vous d'une ou plusieurs maladie de la liste (Entourez)

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| - Chirurgie cardiaque | - Asthme | - Ulcère |
| - Hypertension artérielle | - Insuffisance respiratoire | - Maladie du foie |
| - Angine de poitrine | - Tuberculose | - Diabète |
| - Infarctus | - Hémorragies | - Maladie de la thyroïde |
| - Insuffisance cardiaque | - Maladie du sang | - Maladie ORL |
| - Affection valvulaire | - Épilepsie ou convulsions | - glaucome |
| - Malformation cardiaque | - Crises de tétanie | - Insuffisance rénale |
| - Troubles du rythme | - Pertes de connaissances | - Dialyse |
| - Endocardite | - accident vasculaire cérébral | - Radiothérapie |
| - Troubles circulatoires | - Dépression | - Chimiothérapie |
| - Pacemaker | - Troubles psychiatriques | - Corticothérapie |
| - Rhumatisme articulaire aigu | - Toxicomanie | - SIDA |
| - Autre non répertoriée : | - Problème d'alcool | - Cancer (localisation ?) |
| | - Fumeur (quantité ?) | |

Prenez-vous actuellement des médicaments : Oui / Non

Si oui, lesquels : _____

Avez-vous des allergies ? _____

Avez-vous déjà eu des complications à la suite d'anesthésies locales ou au cours de soins dentaires ? Oui / Non

Lesquelles? _____

Avez-vous déjà eu des saignements allongés à la suite d'interventions chirurgicales, d'extractions dentaires ou de blessures : Oui / Non

Êtes-vous enceinte ? Oui / Non Date prévue d'accouchement ? _____

Avez-vous un traitement contre l'ostéoporose : Oui / Non Lequel : _____

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 :