

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Les pathologies bucco-dentaires, leurs soins et leurs traitements peuvent interférer avec votre état de santé actuel, ou une maladie ancienne. Aussi nous vous demandons de remplir ce questionnaire médical avec précision. Les problèmes médicaux particuliers seront examinés en consultation.

Mme Melle M. Nom Prénom

Date de naissance : / / Profession :

Nom du médecin traitant :

Nom du médecin spécialiste (si besoin) :

Avez-vous actuellement des problèmes de santé ? Oui Non

Lesquels ?

Prenez vous actuellement ou avez-vous pris récemment des médicaments ? Oui Non

Lesquels ?

Pourquoi ?

Depuis quand ?

Etes vous allergiques (pénicilline, aspirine, nickel, latex, codéine ou autre) ? Oui Non

A quels produits ?

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Angine de poitrine | <input type="checkbox"/> Bronchite chronique | <input type="checkbox"/> Maladie de la thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde | <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> Épilepsie ou convulsions | <input type="checkbox"/> Maladie de la peau |
| <input type="checkbox"/> Affection valvulaire | <input type="checkbox"/> Crise de tétanie | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Malformation cardiaque | <input type="checkbox"/> Perte de connaissance | <input type="checkbox"/> Ostéoporose |
| <input type="checkbox"/> Troubles de rythme | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Pathologie oculaire |
| <input type="checkbox"/> Endocardite | <input type="checkbox"/> Troubles psychiatriques | <input type="checkbox"/> Pathologie ORL |
| <input type="checkbox"/> Troubles circulatoires | <input type="checkbox"/> Maladie du sang | <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> Ulcère, gastrite | |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maladie du foie, hépatite | |

Avez-vous ou avez-vous eu un traitement ou un examen de la liste suivante :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque | <input type="checkbox"/> Traitement aux rayons X | <input type="checkbox"/> Régime particulier |
| <input type="checkbox"/> Pace-maker | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Prothèse de hanche |
| <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Corticothérapie | <input type="checkbox"/> Examen sanguin récent |
| <input type="checkbox"/> Biphosphonate | | |

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident ? Oui Non

Fumez-vous ? Oui Non

Combien de cigarettes par jour ?

Pour les femmes :

Êtes-vous, ou supposez-vous être enceinte ? Oui Non

Date prévu de l'accouchement : / /

Allaitez-vous ? Oui Non

Existe-t-il des faits importants ou des maladies concernant votre santé sur lesquels vous n'avez pas été interrogé(e) ? Oui Non

Lesquels :

HISTORIQUE DENTAIRE CONFIDENTIEL

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?.....

Quel est le motif de votre consultation ?.....

Vos gencives saignent-elles au brossage, voire spontanément ? Non Oui

Avez vous eu des dents qui ont été extraites ? Non Oui

Pour quelles raisons : carie infection ou abcès déchaussement dent incluse

Hygiène dentaire

Utilisez vous une brosse à dent? dure moyenne souple électrique

Quand vous brossez vous les dents ? matin midi soir

A quel rythme changez-vous de brosse à dents ?

Utilisez-vous des brossettes interdentaires et/ou du fil dentaire ? Non Oui

Divers

Avez vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ? Non Oui

Vous êtes vous fait enlever les dents de sagesse ? Non Oui

Quelles sont vos préoccupations principales concernant vos dents ?.....

.....

Merci de votre collaboration

En signant ce document, j'atteste l'exactitude des informations et certifie n'avoir rien omis. Je signalerai immédiatement toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Agen, le / /

Signature