

Date :

QUESTIONNAIRE MEDICAL (confidentiel)

Ce questionnaire médical est confidentiel et est destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Il sera conservé dans votre dossier patient.

Nom et Prénom(s) : Tél. domicile :

Adresse : Tél. bureau :

Code postal : Ville : Tél. portable :

Adresse e-mail :@..... Profession :

Date de naissance : Age : Sexe : M F

Numéro de sécurité sociale :

Adressé et/ou recommandé par :

Avez vous ou avez vous eu des problèmes de santé ?

Diabète :

Troubles hépatiques (hépatite A, B ou C) : ..

Troubles rénaux :

Hypertension (tension artérielle) :

Troubles cardiaques, si oui lesquels :

Arthrose

Asthme

Eczema

Syndrome HIV

Tuberculose

Portez-vous une prothèse cardiaque, de hanche ou de genou ?
.....

Rhumatisme articulaire aigu (RAA)

Ostéoporose :

Troubles digestifs (ulcère...):

Troubles sanguins (ex anémie) :

Avez-vous déjà fait une hémorragie ?

Allergies :

Troubles hormonaux :

Problèmes ORL :

Cancer :

Dépression :

Autres maladies ?

Précisez lesquelles :

Renseignements complémentaires

Fumez-vous ? Tabac ? Cigarette électronique ? Autre ?.....

- Oui
- Non

Si oui, combien de cigarettes par jour et depuis combien de temps ?.....

Etes-vous stressé(e) ou avez-vous eu de gros stress antérieurement ?

- Oui
- Non

Etes-vous suivi régulièrement par un médecin traitant ?

- Oui
- Non

Etes-vous sujet à malaises ou vertiges ?

- Oui
- Non

Etes-vous allergique à certains médicaments ?

- Oui
- Non

Pénicillines, Tétracyclines, aspirine, autres :

Y a-t-il des médicaments que vous supportez mal ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquels :

Prenez-vous régulièrement des médicaments ?

- Oui
- Non

Si oui lesquels et pourquoi :

Prenez-vous des Biphosphonates ?

- Oui
- Non

Par voie orale (Didronel, Clastoban, Lytos, Skelid, Fosamax, Fosavance, Actonel, Bonviva) :

Par voie intra-veineuse (Clastoban, Aredia, Bonviva, Bondronat, Zometa, Aclasta) :

Prenez-vous ou avez vous pris des IMAO (antidépresseurs puissants) ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà eu une anesthésie locale ou générale ?

- Oui
- Non

Si oui laquelle et pourquoi ?

Soucis particuliers liés à l'anesthésie :

Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?

- Oui
- Non

Allaitez-vous ?

- Oui
- Non

Questionnaire dentaire

Avez-vous déjà eu une anesthésie dentaire ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà eu un traitement parodontal ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà eu un traitement d'orthodontie ?

- Oui
- Non

Avez-vous mal aux dents ?

- Oui
- Non

Avez-vous mal aux gencives ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà eu des abcès dentaires ?

- Oui
- Non

Vos gencives saignent-elles au brossage ou spontanément ?

- Oui
- Non

Si oui, depuis combien de temps ?.....

Avez-vous des dents mobiles (qui bougent) ?

- Oui
- Non

Savez-vous si vos parents, frères ou sœurs ont eu des problèmes similaires ?

- Oui
- Non

Portent ou portaient-ils des appareils dentaires ?

- Oui
- Non

Vous sentez-vous bien avec vos dents et/ou vos gencives ?

- Oui
- Non

Avez-vous des sensibilités dentaires au froid ?

- Oui
- Non

Avez-vous l'impression d'avoir mauvaise haleine ?

- Oui
- Non

Que souhaitez-vous pour vos dents et vos gencives ?

.....
.....

Lors de nos interventions chirurgicales au cabinet, nous pouvons être amenées à utiliser des biomatériaux de comblement ou de régénération osseux. Ceux-ci sont d'origine animale : bovin ou porcin.

Seriez-vous d'accord pour que nous utilisions ces produits en cas de nécessité thérapeutique ?

- Oui
- Non

NOM DU PATIENT OU DU REPRESENTANT LEGAL

Date et Signature