

## Questionnaire médical

*Ce questionnaire est strictement confidentiel et couvert par le secret médical.*

*Tous les traitements et les médicaments que va vous prescrire votre chirurgien-dentiste peuvent interférer avec des traitements en cours ou les affections que vous présentez (ou avez présentées) et les états physiologiques (grossesse par exemple).*

*C'est pourquoi il est important que vous accordiez une grande attention aux réponses que vous ferez.*

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

### Coordonnées téléphoniques

Domicile : ..... Professionnel : ..... Portable : .....

Situation de famille : ..... Profession : .....

Mutuelle :            *OUI*            *NON*            *CMU*

Adressé par (amis, internet, annuaire, etc ...) : .....

Motif de consultation : .....

Merci de bien vouloir répondre précisément aux questions posées ci-après et entourer la bonne réponse.

- Etes-vous suivi(e) par un médecin ? *OUI*    *NON*

Si OUI : Médecin traitant (nom, adresse, n° tél.) : .....

.....  
Médecin spécialiste (nom, adresse, n° tél.) : .....

.....  
.....

- Avez-vous actuellement, ou avez-vous eu des problèmes de santé ? *OUI*    *NON*

Si OUI, lesquels ? .....

- Prenez-vous des médicaments ? *OUI*    *NON*

Si OUI, lesquels ? .....

.....

- Etes-vous allergique à des médicaments ou à certaines substances ? *OUI*    *NON*

Si OUI, lesquels ? .....

- Etes-vous ? *Fumeur* *Non-fumeur* *Ancien fumeur*

Si OUI, combien de cigarettes par jour ? ..... Depuis combien de temps ? .....

### Pour les femmes :

- Etes-vous enceinte ? *OUI*    *NON*

Si OUI depuis combien de temps ? .....

- Etes-vous en cours d'allaitement ? *OUI*    *NON*

- Avez-vous (ou avez-vous eu) une de ces maladies ? Si oui, veuillez préciser :

|  |     |     |
|--|-----|-----|
| Maladie du sang .....                                | OUI | NON |
| Maladie cardiovasculaire .....                       | OUI | NON |
| Maladie du foie .....                                | OUI | NON |
| Maladie de l'estomac ou de l'intestin .....          | OUI | NON |
| Hépatite B ou C .....                                | OUI | NON |
| Déficit immunitaire (VIH) .....                      | OUI | NON |
| Maladie des reins .....                              | OUI | NON |
| Etat dépressif .....                                 | OUI | NON |
| Diabète .....  | OUI | NON |
| <b>Epilepsie</b> .....                               | OUI | NON |
| Asthme .....   | OUI | NON |
| Cancer .....   | OUI | NON |
| Traitement par radiothérapie ou chimiothérapie ..... | OUI | NON |
| Rhumatisme articulaire aigu .....                    | OUI | NON |
| Maladie de la glande thyroïde .....                  | OUI | NON |
| Maladie des poumons .....                            | OUI | NON |
| Maladie des yeux .....                               | OUI | NON |
| Maladie du nez / gorge / oreilles .....              | OUI | NON |
| Maladie du sang .....                                | OUI | NON |

- Votre tension artérielle est-elle ?                      Normale                      Trop élevée                      Trop basse

- Etes-vous sujet aux pertes de connaissances ?                      OUI                      NON

- Avez-vous déjà eu une anesthésie locale ?                      OUI                      NON
- Si OUI cela vous a-t-il provoqué une réaction anormale ? ..... OUI                      NON
- Laquelle ? .....

- Avez-vous déjà eu un saignement prolongé après une extraction dentaire ?                      OUI                      NON

- Avez-vous d'autres informations à nous communiquer ?                      OUI                      NON
- Si OUI lesquelles ? .....

**EN CAS DE MODIFICATION DE MON ETAT DE SANTE OU DE MES PRESCRIPTIONS MEDICALES, JE M'ENGAGE A AVERTIR LE CHIRURGIEN-DENTISTE QUI ME SOIGNE.**

Date : ..... / ..... / .....

Signature du patient :