

# QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT CONFIDENTIEL

Ce questionnaire médical et confidentiel 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) du patient : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile : ..... Tél. bureau : ..... Portable : .....

Date de naissance : ..... Age : ..... Sexe : M F

Adresse e-mail: .....

Profession : .....

Adressé et/ou recommandé par : un parent un ami un docteur annuaire téléphonique

Autre : .....

## Raison de la visite

Rendez-vous de contrôle	Informations	Plombage brisé	Carie
Extraction	Dent sensible	Dent fracturée	Gencive
Détartrage	Douleur	Prothèse dentaire	Autre

Date approximative du dernier examen dentaire (ou soins dentaires) : .....

## Questionnaire de santé

	Oui	Non		Oui	Non
Etes-vous en bonne santé ?			Arthrose (préciser zone)		
Troubles cardiaques			Troubles cutanés		
Troubles vasculaires/sanguins			Allergies		
Troubles rénaux			Si oui, précisez lesquelles : .....		
Troubles digestifs			.....		
Troubles hépatiques			Troubles glandulaires/hormonaux		
Troubles nerveux/épilepsie			SIDA / HIV+		
Troubles pulmonaires / asthme			Hépatite		
Troubles oculaires			Tuberculose		
Diabète			Cancer		
Rhumatisme articulaire aigu			Autre maladie(s) ? .....		

Suivez-vous un traitement médical en ce moment ? Oui Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) : .....

Prenez-vous des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels : .....

## Renseignements complémentaires

Etes-vous fumeur ? Oui Non Si oui : ..... cigarettes / jour depuis ..... années

Avez-vous été traité par radiothérapie ? Oui Non

Si oui, date et localisation : .....

Avez-vous eu des saignements prolongés après une extraction chirurgicale ? Oui Non

Etes-vous sous traitement par biphosphonates ?  
(ex : Aclasta<sup>®</sup>, Actonel<sup>®</sup>, Fosamax<sup>®</sup>, Fosavance<sup>®</sup>, Bonviva<sup>®</sup>, Optrum<sup>®</sup>,...)  
Oui Non

Nom et adresse du médecin traitant : .....

**Merci de nous signaler tout changement concernant votre état de santé et/ou vos traitements médicaux**

Date :

Signature :