

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien -dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.
Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

M^{me} M^{lle} M. Nom :

Prénom :

Date du dernier examen médical :

Email :

Profession

Mutuelle :

Comment avez -vous connu le Cabinet Dentaire ? :

Nom du médecin

Tel :

Code postal :

Adresse :

Ville :

HISTORIQUE MÉDICAL – QUESTIONS GÉNÉRALES

1. Avez-vous eu des changements de votre état de santé depuis un an ? Oui Non
2. Avez-vous été hospitalisé(e) depuis 5 ans ? Oui Non

HISTORIQUE DE VOS MALADIES O U DE VOS PROBLÈMES DE SANTÉ :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anémies | <input type="checkbox"/> Glaucome... | <input type="checkbox"/> Virus HIV |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseur | <input type="checkbox"/> Hémophilie | <input type="checkbox"/> Syncopes, |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Légionellose | <input type="checkbox"/> Troubles des reins |
| <input type="checkbox"/> Bruit dans les oreilles (acouphènes) | <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires | <input type="checkbox"/> Ulcère estomac |
| <input type="checkbox"/> Diminution de l'audition | <input type="checkbox"/> Prothèses (autres que dentaires) | <input type="checkbox"/> Ostéoporose |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie, convulsions | <input type="checkbox"/> Rhumatisme Articulaire Aigu | <input type="checkbox"/> Autre |

DIVERS:

Avez-vous eu au cours d'une intervention chirurgicale, d'une extraction ou d'un accident, un saignement anormalement prolongé ?
Oui Non

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX PRIS PAR LE PATIENT :

Prenez-vous actuellement l'un des traitements suivants ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Antihistaminique | <input type="checkbox"/> Cortisone |
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Traitement pour la tension | <input type="checkbox"/> Prozac |
| <input type="checkbox"/> Insuline | <input type="checkbox"/> Traitement pour le cholestérol | <input type="checkbox"/> Tranquillisant |
| <input type="checkbox"/> Ostéoporose | <input type="checkbox"/> Valium | <input type="checkbox"/> Autres : |

ALLERGIES :

Avez-vous déjà eu de graves réactions d'allergie ? oui non

Etes-vous allergique à l'un des produits suivants - merci de cocher le(s) produit(s) concerné(s)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anesthésique local chez le Dentiste | <input type="checkbox"/> Iode et produits dérivés | <input type="checkbox"/> Métal |
| <input type="checkbox"/> Antibiotique | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Barbituriques |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire ou aspirine | <input type="checkbox"/> Neuroleptique ou somnifère | <input type="checkbox"/> Codéine |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | |

Pensez-vous avoir toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleurs conditions ? Non oui lesquels.....

QUESTIONNAIRE MEDICAL

LES QUESTIONS SUIVANTES S'ADRESSENT AUX FEMMES UNIQUEMENT :

Etes-vous enceinte ? Non oui depuis combien de mois :
Allaitez-vous actuellement ? Non oui
Prenez-vous actuellement la pilule ? Non oui
Portez-vous un stérilet ? Non oui
Etes-vous ménopausée ? Non oui

HISTORIQUE DENTAIRE

GENCIVES :

Avez-vous déjà eu des abcès des gencives ? Non oui
Une mauvaise haleine parfois, un mauvais goût ? Non oui
Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ? Non oui
Avez-vous les dents mobiles ? Non oui
Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ? Non oui
Vos gencives sont-elles souvent douloureuses ou sensibles ? Non oui
Avez-vous parfois des sensations de brûlures dans la bouche ? Non oui
Le tartre apparaît-il rapidement sur vos dents ? Non oui
Fumez-vous ? Non oui
Si oui, combien de cigarettes par jour ? moins de 5 de 5 à 10 de 10 à 20 plus de 20

APPAREILS :

Avez-vous des prothèses mobiles ?..... Non oui

HYGIÈNE DENTAIRE :

Utilisez-vous une brosse à dent : DURE MOYENNE SOUPLE ?
Utilisez-vous le fil dentaire Non oui
les brossettes inter-dentaires Non oui
un bain de bouche Non oui

DIVERS :

Lors de vos précédentes visites chez votre dentiste, avez-vous rencontré des difficultés particulières ?
Si oui, lesquelles ?

* Quels sont vos jours et heures de préférence pour vos rendez-vous ?
.....

Autres remarques utiles :

Fait à Salernes le :

SIGNATURE :