

Numéro de dossier : _____ Date : ____/____/____

QUESTIONNAIRE MEDICAL (confidentiel)

Nom et prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Tél portable : _____ Profession : _____

Adresse mail : _____@_____

Adressé par : _____ Date du dernier contrôle dentaire : ____/____/____

Taille : _____ Poids : _____

**Quel est le motif
De la consultation ?**

☐ douleur
☐ contrôle
☐ autre : _____

**Avez-vous eu un problème de
santé cette année ?**

☐ OUI ☐ NON
Si oui précisez :
☐ Infarctus
☐ AVC
☐ Cancer
☐ Autre : _____

**Avez-vous des problèmes
Ou antécédents ?**

☐ Cardiaque ☐ Vasculaire
☐ Pulmonaire ☐ Rénal
☐ Diabète ☐ Hépatique
☐ Sanguin ☐ Thyroïde
☐ Digestif ☐ Dépression
☐ Epilepsie ☐ VIH, sida
☐ Cancer actif ☐ Autre : _____
☐ Herpès, zona _____

**Avez-vous déjà subi
Une opération ?**

☐ OUI ☐ NON
Si oui, précisez :
☐ Valve Cardiaque
☐ Pace maker, Stents,
Pontage
☐ Thyroïde
☐ Rein
☐ Foie
☐ Greffe
☐ Hanche
☐ Cancer
☐ Autre _____

**Êtes-vous traité à
L'hôpital pour :**

☐ Dialyse
☐ Chimiothérapie
☐ Radiothérapie

**Avez-vous déjà fait
Une allergie ?**

☐ OUI ☐ NON
Si oui, précisez :
☐ Antibiotique
☐ Iode
☐ Latex
☐ Résine
☐ Métal (préciser) : _____
☐ Anesthésie
☐ Autre : _____

**Prenez-vous des
Médicaments ?**

☐ OUI ☐ NON
Et/ou consommez-vous
De l'alcool ?
☐ OUI ☐ NON

**Êtes-vous enceinte
Ou allaitez-vous ?**

☐ OUI ☐ NON
Date des dernières règles : ____/____/____

☐ OUI ☐ NON
Si oui, précisez : _____

"Je certifie que les informations fournies au chirurgien-dentiste sont complètes et
M'engage à lui signaler toute modification de mon état de santé par la suite" :

Date : ____/____/____ Signature du patient :