

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nous allons commencer ensemble un traitement bucco-dentaire et afin d'éviter d'éventuelles interactions, nous vous demandons de répondre à ce questionnaire avec beaucoup d'attention et de précision.

Nous vous en remercions.

Nom :

Adresse : rue

Téléphone :

Profession :

Comment avez-vous eu nos coordonnées ?

0 Mme, Mr.....

1. A quand remonte votre dernier examen médical ?

2. Etes-vous actuellement suivi par un médecin, un spécialiste ou un service hospitalier ?

NON

Nom et Adresse du médecin :

3. Prenez-vous actuellement des médicaments ?

NON

Noms : _____ Posologie : _____

4. Avez- vous subi des interventions chirurgicales ?

NON

5. Avez-vous été hospitalisé ces deux dernières années ?

NON

6. Avez-vous, ou avez-vous eu une ou plusieurs affections ou traitements de la liste ci-jointe ? (si oui, cochez la case)

0 Angine de poitrine

0 Maladie du foie

0 Diabète

0 Maladie de la Thyroïde

0 Insuffisance rénale

0 Dialyse

0 Régime particulier

0 Chimiothérapie

0 Corticothérapie

0 Sérologie HIV

0 Maladie de la Thyroïde

0 Pathologie ORL

Autres maladies ou traitements non répertoriés :

7. Connaissez-vous votre tension artérielle ? NON OUI VALEURS :

8. Avez-vous eu des complications à la suite d'anesthésies locales, ou au cours de soins dentaires ?

NON

9. Avez-vous eu des allergies ?

NON

10. Avez-vous eu des saignements allongés à la suite d'interventions chirurgicales, d'extractions dentaires ou de blessures ?

NON

11. Etes-vous enceinte ?

NON

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces renseignements. En cas de modifications de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien qui me soigne au rendez-vous suivant.

Date :

Signature :