

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Les 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 mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

Mlle ☐ Mme ☐ Mr ☐ Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Téléphone fixe _____ Portable _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Profession _____ Email _____

Médecin traitant _____ Téléphone _____

Adressé et /ou recommandé par : ☐ Un ami ☐ Un docteur ☐ La famille ☐ Site internet ☐ Autre

Raison de la visite : ☐ Contrôle ☐ Douleur ☐ Radiographie ☐ Avis implantaire ☐ Gencives sensibles ☐ Détartrage ☐ Carie

Date du dernier examen dentaire _____

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes ?

☐ Cardiaques

Infarctus, troubles du rythme, rhumatismes articulaires, hypertension...

☐ Hématologiques

Anomalie du bilan sanguin, troubles de la coagulation, prise d'anticoagulants...

☐ Allergiques

Pénicillines, anesthésiques, iode, latex...

☐ Respiratoires

Asthme, bronchite chronique...

☐ Digestifs

Hépatites, ulcère, gastrite, hyposalivation...

☐ Rénaux

Insuffisance rénale...

☐ Métaboliques

Diabète, troubles hormonaux, thyroïdiens...

☐ ORL et ophtalmologiques

Sinusite, yeux, oreilles...

☐ Neurologiques

Maux de tête, perte de connaissance, épilepsie...

☐ Cancer

☐ Infectieux,

Hépatite, SIDA, Herpes

☐ Autres

Date et signature du patient : _____

Prenez-vous actuellement des médicaments ?

☐ Antibiotiques

☐ Anticoagulant

☐ Antidépresseurs

☐ Anti-inflammatoires

☐ Antihistaminiques

☐ Autres

☐ Aspirine

☐ Corticoïdes

☐ Insuline

☐ Prozac

☐ Traitement pour la tension artérielle

☐ Tranquillisant

☐ Valium

Etes-vous fumeur ? ☐ Oui ☐ Non Nb de cigarettes/jour _____

Avez-vous une consommation d'alcool régulière ? ☐ Oui ☐ Non

Les questions suivantes s'adressent aux femmes uniquement :

☐ Etes-vous enceinte ? Depuis combien de mois ? _____

☐ Allaitiez-vous ? ☐ Etes-vous ménopausée ? _____

☐ Portez-vous un stérilet ? ☐ Prenez-vous la pilule ? _____

☐ Prenez-vous ou avez-vous pris des BISPHOSPHONATES ?

Actonel, Aredia, Bondronat, Bonviva, Clastoban, Didronel, Fosamax, Lytos, Osepam, Pamidronate, Pamomject, Skelid, Zometa...

Ces médicaments sont utilisés pour le traitement de l'ostéoporose, ou du cancer osseux et peuvent être très dangereux en cas d'extraction.

En cas de doute demandez à votre médecin traitant.

Pratiquez-vous un sport ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel ? _____

PENSEZ A NOUS PREVENIR DE TOUT
CHANGEMENT PENDANT LA DUREE DE VOS
SOINS

CABINET DE CHIRURGIE DENTAIRE
Dr. Gitte PETERSEN, Dr Magali PERRIER,
Dr Joanna DA COSTA
78 Route des Montquarts
CHAMONIX 74400

