

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL 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) : \_\_\_\_\_ Tél. domicile : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. bureau : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F   
Êtes-vous personnellement assuré : Oui  Non   
Avez-vous la CMU : Oui  Non

### RAISON DE LA VISITE

Informations  Visite de contrôle  Plombage brisé  Carie  Dents, gencives sensibles  Dent fracturée  Détartrage   
Douleur  Prothèse dentaire  Autre  Précisez : \_\_\_\_\_  
Date du dernier examen dentaire (ou soins dentaires) : \_\_\_\_\_

### AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

(cochez la case correspondante et précisez lesquels et depuis combien de temps)

<input type="checkbox"/> Troubles cardiovasculaires : _____	<input type="checkbox"/> Allergies : _____
<input type="checkbox"/> Troubles rénaux : _____	<input type="checkbox"/> Troubles hormonaux : _____
<input type="checkbox"/> Troubles digestifs : _____	<input type="checkbox"/> Diabète : _____
<input type="checkbox"/> Troubles hépatiques (si hépatite précisez A, B ou C) : _____	<input type="checkbox"/> Troubles sanguins (ex' anémie) : _____
<input type="checkbox"/> Troubles nerveux : _____	<input type="checkbox"/> Problèmes osseux ou articulaires : _____
<input type="checkbox"/> Dépression : _____	<input type="checkbox"/> Problèmes ORL : _____
<input type="checkbox"/> Troubles oculaires : _____	<input type="checkbox"/> Cancer : _____
<input type="checkbox"/> Troubles broncho-pulmonaires : _____	<input type="checkbox"/> Autres maladies ? _____
<input type="checkbox"/> Troubles cutanés : _____	Précisez lesquelles : _____

Êtes-vous actuellement suivi par un médecin ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Prenez-vous actuellement des médicaments ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez lesquels : _____
Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement radio/chimiothérapique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà eu des anesthésies dentaires ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Problèmes lors des anesthésies dentaires ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui lesquels ? _____
Avez-vous déjà eu des extractions dentaires ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Problèmes lors des extractions dentaires ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui lesquels ? _____

### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Êtes-vous enceinte ? Oui  Non  Allaitiez-vous ? Oui  Non   
Êtes-vous fumeur ? Oui  Non  Si oui, depuis combien de temps ? \_\_\_\_\_ Combien de cigarettes/jour ? : \_\_\_\_\_  
Si non, avez-vous été fumeur ? Oui  Non  Depuis quand avez-vous arrêté ? \_\_\_\_\_  
Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes avec l'alcool ? Oui  Non   
Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de toxicomanie ? Oui  Non  Si oui avec quel type de drogue ? \_\_\_\_\_  
Êtes-vous sous traitement contre l'ostéoporose ? Oui  Non  Si oui lequel ? \_\_\_\_\_  
comprimé Oui  Non  ou injection Oui  Non   
Nom et adresse de votre médecin traitant : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_