

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse : Code postal :

Commune :

N° téléphone :

Adresse mail : Profession : Complémentaire

Santé :

MOTIF DE CONSULTATION

Quel est le motif principal de votre consultation?

HISTORIQUE MEDICAL

Nom de votre Médecin traitant :

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement :

- Maladie du foie
- Prothèses articulaires
- Cancer -> Si oui, avez vous eu des traitement par irradiation (Rayons) Oui Non
- Ulcères à l'estomac
- Séropositivité
- Hépatite A ou B ou C
- Troubles des reins
- Problème cardiaque -> Si oui, lequel :
- Lésion cardiaque congénitale
- Pacemaker
- Sinusites répétées
- Problèmes circulatoires -> dernier INR :
- Diabète -> dernière glycémie connue :
- Fumeur -> nombre de cigarettes ou équivalents par jour: /j

Avez-vous déjà eu un saignement anormalement long? Oui Non

Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte? Oui Non

- Si oui, de combien de mois:

Merci de nous signaler toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions:

PRESCRIPTIONS

Prenez-vous des médicaments (si oui fournir ordonnance SVP)? Oui Non
 Si oui, lesquels :

Êtes-vous allergique à certains médicaments (ou à certains aliments, ou produits)? Oui Non

Si oui, lesquels:

HISTORIQUE DENTAIRE

A quand remonte votre dernier examen dentaire (environ)?

GENCIVES

Avez-vous remarqué que vos dents ont bougé depuis quelques temps? Oui Non
 Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément? Oui Non
 Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives? Oui Non

MACHOIRES

Serrez-vous ou grincez-vous des dents? Oui Non
 Avez-vous remarqué des craquements, des claquements ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire? Oui Non

HYGIÈNE DENTAIRE

Utilisez-vous une brosse à dent SOUPLE MEDIUM DURE?
 Quand vous brossez-vous les dents ? MATIN MIDI SOIR ?

Utilisez-vous le fil dentaire ou les brossettes inter-dentaires? Oui Non

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

Êtes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives? Oui Non
 Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer?

DIVERS

Êtes-vous anxieux(se) à l'idée de réaliser des soins dentaires?
 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Merci de votre collaboration!

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je m'engage à signaler toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Au Bois d'Oingt, le

Certifié conforme, (NOM et PRENOM):