

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. Toutes les indications renseignées sont soumises au secret médical.

Informations générales

Nom Prénom(s) :

Date de naissance : Taille : Poids :

Adresse (N°, voie, code postal, ville) :

Téléphone : Mail :

Profession :

Motif de la consultation :

Date de votre dernière visite chez un chirurgien-dentiste :

Nom du précédent chirurgien-dentiste :

Nom du (des) médecin(s) traitant(s) ou spécialiste(s) :

Prenez-vous actuellement des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Pour quel problème de santé ? :

Êtes-vous à jour de vos vaccins ? Oui Non

Soins dentaires

Avez-vous peur du dentiste ? Oui Non

Avez-vous déjà eu des anesthésies locales dentaires ? Oui Non Si oui, avez-vous eu des problèmes ? Oui Non

Avez-vous déjà eu des complications à la suite de soins dentaires ?

Allergie ? Oui Non

Malaise - Perte de connaissance ? Oui Non

Hémorragie ? Oui Non

Femmes

Etes-vous enceinte ? Oui Non Si oui, nombre de semaines/mois :

Allaitiez-vous ? Oui Non



Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de santé ?

Si oui à l'item concerné, cochez le rond correspondant et précisez la date ou depuis combien de temps.

Maladies cardiaques	Précisions Date/Durée
<input type="radio"/> Hypertension artérielle	
<input type="radio"/> Infarctus du myocarde	
<input type="radio"/> Angor/Angine de poitrine	
<input type="radio"/> Cardiopathie congénitale	
<input type="radio"/> Pacemaker	
<input type="radio"/> Endocardite infectieuse	
<input type="radio"/> Prothèse valvulaire cardiaque	
<input type="radio"/> Arythmie	

Maladies du sang	Précisions Date/Durée
<input type="radio"/> Hémophilie	
<input type="radio"/> Autres troubles de la coagulation :	
<input type="radio"/> Saignement abondant après une coupure	

Maladies respiratoires	Précisions Date/Durée
<input type="radio"/> Asthme	
<input type="radio"/> B.P.C.O	
<input type="radio"/> Apnée du sommeil	
<input type="radio"/> Autre :	

Maladies rénales	Précisions Date/Durée
<input type="radio"/> Insuffisance Rénale	
<input type="radio"/> Dialyse	
<input type="radio"/> Autre :	

Maladies neurologiques	Précisions Date/Durée
<input type="radio"/> Epilepsie	
<input type="radio"/> Maladie de Parkinson	
<input type="radio"/> Accident Vasculaire Cérébral	
<input type="radio"/> Autre :	

Allergies	Précisions Date/Durée
<input type="radio"/> Antibiotique	
<input type="radio"/> Iode	
<input type="radio"/> Latex	
<input type="radio"/> Métal :	
<input type="radio"/> Anesthésie	
<input type="radio"/> Autre :	

Autres maladies	Précisions Date/Durée
<input type="radio"/> Maladie rare :	
<input type="radio"/> Maladie auto-immune :	

Maladies endocriniennes	Précisions Date/Durée
<input type="radio"/> Diabète	
<input type="radio"/> Désordre thyroïdien :	

Maladies ORL	Précisions Date/Durée
<input type="radio"/> Sinusite - Type : <input type="radio"/> Unilatérale ou <input type="radio"/> Bilatérale	

Maladies digestives	Précisions Date/Durée
<input type="radio"/> Reflux gastro-œsophagien	
<input type="radio"/> Ulcère digestif	
<input type="radio"/> Cirrhose	
<input type="radio"/> Maladie de Crohn / Rectocolite Hémorragique	
<input type="radio"/> Autre :	

Maladies infectieuses	Précisions Date/Durée
<input type="radio"/> Hépatites - Type :	
<input type="radio"/> VIH - Charge virale :	
<input type="radio"/> Herpès - Zona :	
<input type="radio"/> Autre :	

Cancer	Précisions Date/Durée
<input type="radio"/> Antécédent de cancer - Type :	
<input type="radio"/> Cancer actif - Type :	
<input type="radio"/> Radiothérapie cervico-faciale (tête/cou)	
<input type="radio"/> Chimiothérapie	

Maladies osseuses ou articulaires	Précisions Date/Durée
<input type="radio"/> Ostéoporose - Traitement :	
<input type="radio"/> Rhumatisme inflammatoire chronique	
<input type="radio"/> Prothèse articulaire (hanche, genoux...)	
<input type="radio"/> Autre :	

Consommation de substances	Précisions Date/Durée
<input type="radio"/> Tabac - Nb cigarettes/jour :	
<input type="radio"/> Alcool - Nb verres/jour :	
<input type="radio"/> Cannabis	
<input type="radio"/> Autre :	

Autres problèmes de santé	Précisions Date/Durée
<input type="radio"/> Violences subies au cours de la vie (pendant l'enfance, au travail, à la maison...)	
<input type="radio"/> Dépression	
<input type="radio"/> Tétanie/Spasmophilie	
<input type="radio"/> Autre :	

« Je certifie que les informations fournies au chirurgien-dentiste sont complètes et m'engage à lui signaler toute modification de mon état de santé. »

Date : _____ Signature du patient : _____

Conformément au RGPD, vous disposez d'un droit d'accès et de modification des données personnelles vous concernant auprès de votre chirurgien-dentiste.