

## Questionnaire médical patient

Ce questionnaire est confidentiel. Seul votre chirurgien-dentiste peut le lire. Il sera conservé dans votre dossier patient. Toutes vos informations sont protégées par le secret médical.

### Informations générales



Votre prénom :

Votre nom :

Votre date de naissance :

Votre adresse :

Votre numéro de téléphone :

Votre mail :



Quelle est la date de votre dernière visite chez un dentiste ?



Prenez-vous des médicaments tous les jours ?

- Oui
- Non

Si oui, quels médicaments ?

Pour quel problème de santé prenez-vous ces médicaments ?

### Soins dentaires



Avez-vous déjà eu une anesthésie locale pour des soins dentaires ?

- Oui
- Non

Si oui, avez-vous eu des problèmes lors de l'anesthésie ?

- Oui, lesquels :
- Non

## Questions pour les femmes seulement



Êtes-vous enceinte ?

- Oui
- Non

Si oui, à quelle date est prévu l'accouchement ?

## Problèmes de santé

Avez-vous aujourd'hui, ou avez-vous eu dans le passé, un problème de santé ?

*Vous pouvez cocher plusieurs cases pour cette question.*

- Maladie cardiaque
- Diabète
- Maladie infectieuse (hépatite, VIH, herpès, zona...)
- Des os ou des articulations (ex : ostéoporose, biphosphonates)
- Des oreilles, du nez ou de la gorge (sinusite, otite...)
- Une autre maladie (la citer) :

Etes-vous allergique ?

- Oui, à quoi :
- Non

Aujourd'hui, ou dans le passé, avez-vous été victime de violences ?

- Oui
- Non

## Consommations



Fumez-vous ou consommez-vous... ?

- Du tabac, combien de cigarettes par jour :
- De l'alcool
- Du cannabis
- D'autres substances (médicaments ou drogues)

**Date d'aujourd'hui :**

**Signature :**