

# QUESTIONNAIRE MEDICAL 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) du patient : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile : ..... Tél. bureau : ..... Portable : .....

Date de naissance : ..... Age : ..... Sexe : M F

Adresse e-mail: .....

Profession : .....

Adressé et/ou recommandé par : un parent un ami un docteur annuaire téléphonique

Autre : .....

## Raison de la visite

|                         |               |                   |         |
|-------------------------|---------------|-------------------|---------|
| Rendez-vous de contrôle | Informations  | Plombage brisé    | Carie   |
| Extraction              | Dent sensible | Dent fracturée    | Gencive |
| Détartrage              | Douleur       | Prothèse dentaire | Autre   |

Date approximative du dernier examen dentaire (ou soins dentaires) : .....

## Questionnaire de santé

|                               | Oui | Non |                                     | Oui | Non |
|-------------------------------|-----|-----|-------------------------------------|-----|-----|
| Etes-vous en bonne santé ?    |     |     | Arthrose (préciser zone)            |     |     |
| Troubles cardiaques           |     |     | Troubles cutanés                    |     |     |
| Troubles vasculaires/sanguins |     |     | Allergies                           |     |     |
| Troubles rénaux               |     |     | Si oui, précisez lesquelles : ..... |     |     |
| Troubles digestifs            |     |     | .....                               |     |     |
| Troubles hépatiques           |     |     | Troubles glandulaires/hormonaux     |     |     |
| Troubles nerveux/épilepsie    |     |     | SIDA / HIV+                         |     |     |
| Troubles pulmonaires / asthme |     |     | Hépatite                            |     |     |
| Troubles oculaires            |     |     | Tuberculose                         |     |     |
| Diabète                       |     |     | Cancer                              |     |     |
| Rhumatisme articulaire aigu   |     |     | Autre maladie(s) ? .....            |     |     |

Suivez-vous un traitement médical en ce moment ? Oui Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) : .....

Prenez-vous des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels : .....

## Renseignements complémentaires

Etes-vous fumeur ? Oui Non Si oui : ..... cigarettes / jour depuis ..... années

Avez-vous été traité par radiothérapie ? Oui Non

Si oui, date et localisation : .....

Avez-vous eu des saignements prolongés après une extraction chirurgicale ? Oui Non

Etes-vous sous traitement par biphosphonates ?  
(ex : Aclasta<sup>®</sup>, Actonel<sup>®</sup>, Fosamax<sup>®</sup>, Fosavance<sup>®</sup>, Bonviva<sup>®</sup>, Optrum<sup>®</sup>,...)  
Oui Non

Nom et adresse du médecin traitant : .....

**Merci de nous signaler tout changement concernant votre état de santé et/ou vos traitements médicaux**

Date :