



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 : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Taille : _____ Poids : _____

Adressé et/ou recommandé par :

Un parent Un ami Un médecin Annuaire téléphonique Un dentiste Autre : _____

Raison de la visite

Information Contrôle/Maintenance Gencives douloureuses Extraction Chirurgie Prothèse

Douleur Greffe osseuse ou Gingivale Autre Précisez : _____

Dernière visite chez un dentiste il y a : _____

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de Santé (à préciser) ?

Troubles cardiovasculaires : _____ Troubles hormonaux : _____

Troubles rénaux : _____ Diabète : _____

Troubles digestifs : _____ Troubles sanguins : _____

Troubles hépatiques : _____ Problèmes osseux ou articulaires : _____

Troubles nerveux : _____ Problème ORL : _____

Dépression : _____ Cancer : _____

Troubles oculaires : _____ Autres maladies ? _____

Troubles broncho-pulmonaires : _____ Troubles cutanés : _____

Informations particulières à nous signaler : _____

Etes vous sous traitement contre l'ostéoporose ? Oui Non

Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement radio/chimiothérapie ? Oui Non

Prenez-vous actuellement des médicaments ? Oui Non

Si oui lesquels : _____

Suivez-vous un traitement pour fluidifier le sang ? Oui Non

Avez-vous des allergies ? Oui Non Si oui lesquelles : _____

Etes-vous enceinte ? Oui Non Si oui, depuis combien de temps (ou date du terme) : _____

Etes-vous fumeur ? Oui Non Si oui, depuis combien de temps : _____

Combien de cigarettes (ou autres)/jours : _____

Combien de fois/jour vous brossez-vous les dents ? 1 2 3

Utilisez-vous : Fil dentaire 1 2 3

Brossettes interdentaires 1 2 3

Bain de bouche 1 2 3

Nom de votre Médecin traitant : _____ Dentiste traitant : _____

Date : / /

Signature :