



QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT (CONFIDENTIEL)

Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire **strictement confidentiel**, utile au bon déroulement de vos soins bucco-dentaires.

Nom et Prénom :
Né(e) le :/...../..... **A :**
Adresse :
Code postal : **Ville :**
N° de Sécurité Sociale : **N° de Téléphone :**
Caisse de sécurité sociale :
Mutuelle (N° AMC+date validité) :
Profession : **Médecin traitant :**
Comment avez-vous connu le cabinet ?
Motif de la consultation :

- **A quand remonte votre dernière consultation chez le chirurgien-dentiste?**
- **Est-ce que vous fumez ?** NON.... OUI : nombre de cigarettes par jour :
- **Etes-vous allergique ?** NON.... OUI : origine(s) :
- Etes-vous sujet(e) à des **vertiges** ou à des **pertes de connaissance** ? NON.... OUI
- Etes-vous sujet(e) aux **hématomes** ? NON.... OUI
- Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une **infection** notable(virale ou bactérienne) ?
 VIH..... VHC..... VHB..... Staphylocoque..... Autre :
- **Etes-vous enceinte ?** NON.... OUI
- **Suivez-vous un régime ?** NON.... OUI

- Souffrez-vous ou avez vous souffert d'une pathologie générale?

- Diabète
- Asthme ou autre pathologie pulmonaire
- Cardiaque
- Vasculaire
- ORL
- Gastro-intestinale
- Hépatique
- Rhumatismale
- Ostéoporose
- Neurologique

- Suivez-vous un traitement médicamenteux en cours ?

- Anti-inflammatoire
- Antalgique (anti-douleur)
- Anti-hypertenseur
- Anti-aggrégant plaquettaire et/ou Aspirine
- Anti-coagulant
- Antibiotique
- Antidépresseur ou Anxiolytique
- Antidiabétique
- Autre :

- Souhaitez-vous signaler à votre chirurgien-dentiste un autre élément ne faisant pas partie de cette liste ?

Je reconnais sincères mes déclarations et m'engage à prévenir mon chirurgien-dentiste de tout changement de situation me concernant.

Date :/...../..... **Signature**