

Numéro de dossier : _____ Date : ____/____/____

QUESTIONNAIRE MEDICAL (confidentiel)

Nom et prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Tél portable : _____ Profession : _____

Adresse mail : _____@_____

Adressé par : _____ Date du dernier contrôle dentaire : ____/____/____

Taille : _____ Poids : _____

**Quel est le motif
De la consultation ?**

☒ douleur
☒ contrôle
☒ autre : _____

**Avez-vous eu un problème de
santé cette année ?**

☒ OUI ☒ NON
Si oui précisez :
☒ Infarctus
☒ AVC
☒ Cancer
☒ Autre : _____

**Avez-vous des problèmes
Ou antécédents ?**

☒ Cardiaque ☒ Vasculaire
☒ Pulmonaire ☒ Rénal
☒ Diabète ☒ Hépatique
☒ Sanguin ☒ Thyroïde
☒ Digestif ☒ Dépression
☒ Epilepsie ☒ VIH, sida
☒ Cancer actif ☒ Autre : _____
☒ Herpès, zona _____

**Avez-vous déjà subi
Une opération ?**

☒ OUI ☒ NON
Si oui, précisez :
☒ Valve Cardiaque
☒ Pace maker, Stents,
Pontage
☒ Thyroïde
☒ Rein
☒ Foie
☒ Greffe
☒ Hanche
☒ Cancer
☒ Autre _____

**Êtes-vous traité à
L'hôpital pour :**

☒ Dialyse
☒ Chimiothérapie
☒ Radiothérapie

**Avez-vous déjà fait
Une allergie ?**

☒ OUI ☒ NON
Si oui, précisez :
☒ Antibiotique
☒ Iode
☒ Latex
☒ Résine
☒ Métal (préciser) : _____
☒ Anesthésie
☒ Autre : _____

**Prenez-vous des
Médicaments ?**

☒ OUI ☒ NON
Si oui, précisez : _____

Fumez-vous ?
☒ OUI ☒ NON
**Et/ou consommez-vous
De l'alcool ?**
☒ OUI ☒ NON

**Êtes-vous enceinte
Ou allaitez-vous ?**
☒ OUI ☒ NON
Date des dernières règles : ____/____/____

"Je certifie que les informations fournies au chirurgien-dentiste sont complètes et
M'engage à lui signaler toute modification de mon état de santé par la suite" :

Date : ____/____/____ Signature du patient :