

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Ce questionnaire, **strictement confidentiel**, fait parti de votre dossier médical

NOM:	Date de naissance . . / . . /
Prénom:	Profession:
Adresse	
Téléphone fixe/...../...../...../.....	Téléphone portable/...../...../...../.....
Adresse mail	
Motif de votre consultation	
Vous êtes adressé par	

Nom du médecin traitant	Poids:	Taille:
--------------------------------	---------------	----------------

Avez-vous été/ êtes-vous atteint par l'une de ces maladies?

Maladie cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Hypertension	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Maladie du sang	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Maladie de l'estomac ou de l'intestin	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Ulcère	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	VIH	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Maladie des reins	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Covid	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Maladie neurologique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Maladie des poumons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Epilepsie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Maladie de la thyroïde	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Hépatite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Maladie osseuse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Maladie des yeux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Prenez-vous des antidépresseurs?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, lesquels?						
Avez-vous été ou êtes atteint d'un cancer ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, lequel?						
Etes-vous allergique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, à quoi?						
Avez-vous eu une réaction après une anesthésie?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Etes-vous enceinte?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fumez-vous?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, quelles substances? Tabac <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>						
Depuis quand fumez vous?			Nombre de cigarettes ou autre par jour:						
Depuis quand avez-vous arrêté de fumer?			Pendant combien d'année avez-vous fumé?						


Quels médicaments prenez vous actuellement ?

<u>Etat dentaire:</u>	Date de la dernière consultation:			
Avez-vous ?	un souci esthétique	une douleur	une gêne	
Avez-vous eu un saignement prolongé par exemple après une extraction ?			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Portez vous une gouttière pour l'apnée du sommeil?		Si oui, depuis quand?		

Avez-vous l'impression que

vous avez mauvaise haleine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	vos dents bougent	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	vos gencives saignent	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
vous grincez des dents	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	vos dents sont sensibles au chaud ou au froid		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Avez-vous d'autres éléments à nous signaler ?								
Nous autorisez-vous à réaliser les examens complémentaires et les radiographies nécessaires au diagnostic ?								
Nous autorisez-vous à vous adresser vos documents par mail ?								
Souhaitez vous recevoir un SMS de rappel pour vos rendez-vous de contrôle?								

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus me concernant. Je confirme avoir compris les modalités de prise en charge pour mes soins dentaires. En conséquence, je donne mon consentement éclairé à la réalisation des soins et je m'engage à respecter les consignes qui m'ont été données et à respecter les rendez-vous qui me seront consacrés ainsi que les modalités de paiement.

<u>Date:</u>	<u>Signature:</u>	
---------------------	--------------------------	---