

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

Avez-vous été/ êtes-vous atteint par l'une de ces maladies?								
Maladie cardio-vasculaire	☐ Oui	☐ Non	Hypertension	☐ Oui	☐ Non	Maladie du sang	☐ Oui	☐ Non
Maladie de l'estomac ou de l'intestin	☐ Oui	☐ Non	Ulcère	☐ Oui	☐ Non	VIH	☐ Oui	☐ Non
Maladie des reins	☐ Oui	☐ Non	Covid	☐ Oui	☐ Non	Maladie neurologique	☐ Oui	☐ Non
Maladie des poumons	☐ Oui	☐ Non	Asthme	☐ Oui	☐ Non	Epilepsie	☐ Oui	☐ Non
Maladie de la thyroïde	☐ Oui	☐ Non	Hépatite	☐ Oui	☐ Non	Maladie osseuse	☐ Oui	☐ Non
Maladie des yeux	☐ Oui	☐ Non	Diabète	☐ Oui	☐ Non	Ostéoporose	☐ Oui	☐ Non
Prenez-vous des antidépresseurs?	☐ Oui	☐ Non	Si oui, lesquels?					
Avez-vous été ou êtes atteint d'un cancer ?	☐ Oui	☐ Non	Si oui, lequel?					
Etes-vous allergique ?	☐ Oui	☐ Non	Si oui, à quoi?					
Avez-vous eu une réaction après une anesthésie?				☐ Oui	☐ Non	Etes-vous enceinte? ☐ Oui ☐ Non		
Fumez-vous?	☐ Oui	☐ Non						
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?					

Poids:

Taille:

Quels médicaments prenez vous actuellement ?

Etat dentaire: Pour les patients ayant consulté dans un autre cabinet, 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 ?				☐ Oui	☐ Non
Portez vous une gouttière pour l'apnée du sommeil?		Si oui, depuis quand?			

Avez-vous l'impression que

vous avez mauvaise haleine	☐ Oui	☐ Non	vos dents bougent	☐ Oui	☐ Non	vos gencives saignent	☐ Oui	☐ Non
vous grincez des dents	☐ Oui	☐ Non	vos dents sont sensibles au chaud ou au froid			☐ Oui	☐ 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.

Date:

Signature:

