

Parlons de votre santé...

Afin de vous apporter la meilleure prise en charge, chaque première consultation fait l'objet d'un questionnaire médical précis, consigné dans votre dossier.

Les réponses que vous fournirez seront l'objet d'une attention particulière permettant une évaluation précise de votre santé par votre chirurgien-dentiste, et si nécessaire une adaptation de son traitement et/ou prescriptions.

Nom : Prénom :

Date de naissance : .../.../..... Adresse :

Profession : Code postal : Ville :

Adresse mail :@.....

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Médecin traitant : Date du dernier examen dentaire : .../.../.....

Vous êtes adressé par :

Quel est le motif
de la consultation ?

- Une douleur
- Un contrôle
- Autre :
.....

Avez-vous déjà subi une opération ?

- Oui** **Non**
- Si oui, merci de préciser :
- Valve cardiaque
- Pace maker-stents-pontage
- Greffe
- Autre :

Avez-vous des problèmes ou antécédents ?

- Cardiaque Ostéoporose
- Vasculaire Dépression
- Pulmonaire Epilepsie
- Rénal Cancer actif
- Diabète VIH, sida
- Hépatique Herpes, zona
- Sanguin Thyroïde
- Autre :

Avez-vous eu un problème
de santé cette année ?

- Oui** **Non**
- Si oui, précisez :
- Infarctus Cancer
- AVC Autre :
.....

Etes vous traité à l'hôpital pour :

- Dialyse
- Chimiothérapie
- Radiothérapie

Avez-vous déjà fait une allergie ?

- Oui** **Non**
- Si oui, merci de préciser :
- Antibiotique
- Iode
- Latex
- Résine
- Métal
(préciser :.....)
- Anesthésie
- Autre :

Avez-vous des troubles
hématologiques ?

- Anomalie du bilan sanguin
- Prise d'anticoagulants
- Autres :

Fumez-vous ?

- Oui** **Non**
- Si oui, merci de
préciser :.....

Prenez vous des
médicaments ?

- Oui** **Non**
- Si oui, merci de préciser :
.....
.....

Êtes-vous enceinte ?

- Oui** **Non**

Avez-vous eu un problème lors des
derniers soins dentaires ?

- Anesthésie difficile Malaise
- Extractions difficiles Allergie
- Hémorragie
- Si oui, le(s) quel(s) :

« 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 et signature