

## QUESTIONNAIRE MEDICAL DE SANTE CONFIDENTIEL

La chirurgie peut interférer avec votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne. C'est pourquoi nous vous demandons de remplir ce questionnaire médical avec précision. Les problèmes médicaux particuliers seront à réexaminer en consultation. Il est à remplir par vous-même, ou par un parent ou tuteur le cas échéant.

### PARTIE ADMINISTRATIVE

Mme, M, NOM : ..... Prénom : .....  
NOM de jeune fille : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Profession : .....  
Adresse : .....  
.....  
C.P : ..... Ville : .....  
Tél Fixe : ...../...../...../...../..... Portable : ...../...../...../...../.....  
Email : .....  
N° de sécurité sociale : ...../...../...../...../...../.....  
Nom de votre mutuelle : .....

-Nom et coordonnées du médecin généraliste traitant déclaré :

.....

-Par qui êtes-vous adressé(e) à notre cabinet : Coordonnées de votre dentiste : .....

### BILAN DE SANTE

Cochez la ou les case(s) correspondante(s) aux ALLERGIES qui vous concernent

- Aspirine                       Pénicillines (Ex : Clamoxyl, Augmentin, Penglobe...)  
 Codéine                       Autres médicaments ou antibiotiques :  
.....  
 Latex                           Métaux :  
 Iode                               Autres :

Suivez-vous actuellement OU avez-vous suivi les traitements

suiuants :

- Radiothérapie : année.....     Chimiothérapie : année.....  
 Dialyse : année.....               Transfusion : année.....  
 Greffe : année .....

Fumez-vous ?                       OUI             NON             ANCIEN FUMEUR

Si OUI combien de cigarettes (ou cigares) par/jour?...

Sur combien d'années ?

Mademoiselle, ou Madame :

Utilisez-vous un moyen de contraception et si oui lequel ? .....

Etes-vous enceinte ? ..... Si oui, de combien de mois ?...

Allaitez-vous votre enfant ?...

**TOURNEZ SVP**

**Avez-vous OU avez-vous eu une de ces maladies : (Cochez la ou les case(s) et indiquez l'année si ce n'est plus d'actualité)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire (précisez)..... |   |
| <input type="checkbox"/> R.A.A (pathologie cardiaque)             | <input type="checkbox"/> Syndrome dépressif                       |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle                  | <input type="checkbox"/> Accident vasculo-cérébral                |
| <input type="checkbox"/> Hypotension artérielle                   | <input type="checkbox"/> Séropositivité (HIV,<br>Hépatite B ou C) |
| <input type="checkbox"/> Anémie                                   | <input type="checkbox"/> Diabète                                  |
| <input type="checkbox"/> Maladie des reins                        | <input type="checkbox"/> Maladie de la glande<br>thyroïde         |
| <input type="checkbox"/> Maladie auto-immune                      | <input type="checkbox"/> Maladie de l'estomac<br>(Ulcère...)      |
| <input type="checkbox"/> Maladie du foie                          | <input type="checkbox"/> Maladie des intestins                    |
| <input type="checkbox"/> Asthme                                   | <input type="checkbox"/> Tuberculose                              |
| <input type="checkbox"/> Cancer (précisez).....                   | <input type="checkbox"/> Ostéoporose                              |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                                | <input type="checkbox"/> Spasmophilie                             |
| <input type="checkbox"/> Septicémie                               | <input type="checkbox"/> Tétanie                                  |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie                             | <input type="checkbox"/> Troubles sanguins                        |

Autre : .....

**-Prenez-vous un traitement médical particulier actuellement ?**  
**Si Oui, lequel ?**

.....

**-Prenez-vous l'un de ces médicaments (Cochez la case correspondante) ?**

- Biphosphonates (Traitement contre l'ostéoporose, ou Maladie de Paget) / Aredia, Zometa, Fosamax, Actonel, Clastoban, Didronel, Skelid, Bonviva, etc
- Anticoagulants = .....

**-Avez-vous déjà eu des réactions anormales dues à une anesthésie locale ou générale?**     OUI     NON

si OUI, lesquelles ? .....

**-Avez-vous déjà eu un saignement prolongé après une intervention chirurgicale ou après un acte dentaire ?**     oui     non

**-Etes-vous porteur (Cochez la case correspondante) ?**

- D'un pacemaker     D'un stent     D'une prothèse valvulaire
- D'une prothèse articulaire     Autre .....

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces renseignements. En cas de modification(s) de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien qui me soigne au rendez-vous suivant.

Dans le cadre du RGPD, j'autorise le cabinet dentaire à recueillir et stocker mes données personnelles afin d'assurer la qualité de suivi de mes soins.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez vous référer à l'affichage obligatoire ou vous renseigner auprès de l'équipe médicale.

**Signature :**

**DATE :** ...../...../.....