

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL PATIENT Confidentiel

Ce questionnaire médical et confidentiel est destiné à l'usage de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Il sera conservé dans votre dossier patient.

Réf. Patient :

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Tél. Domicile :	Tél. Portable :
Date de naissance :	
Médecin traitant :	Médecin spécialiste :
Adresse :	Adresse :

### AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

Troubles cardiaques .....	<input type="checkbox"/>	HIV - MST .....	<input type="checkbox"/>	Autres pathologies ou problèmes de santé :		
Troubles sanguins .....	<input type="checkbox"/>	Hépatite A, B ou C .....	<input type="checkbox"/>	-		
Troubles rénaux .....	<input type="checkbox"/>	Herpès .....	<input type="checkbox"/>	-		
Troubles digestifs .....	<input type="checkbox"/>	Sinusites .....	<input type="checkbox"/>	-		
Troubles hépatiques .....	<input type="checkbox"/>	Alcool .....	<input type="checkbox"/>	-		
Troubles nerveux .....	<input type="checkbox"/>	Diabète .....	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous des médicaments ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Troubles pulmonaires .....	<input type="checkbox"/>	Cancer .....	<input type="checkbox"/>	-		
Troubles oculaires .....	<input type="checkbox"/>	Allergies .....	<input type="checkbox"/>	-		
Troubles cutanés .....	<input type="checkbox"/>	Précisez : (Ex: latex, pénicilline...)		-		
Troubles psychiatriques .....	<input type="checkbox"/>	-		-		
Hypertension .....	<input type="checkbox"/>	-		-		
Ostéoporose .....	<input type="checkbox"/>	-		-		
					Oui	Non
Avez-vous déjà eu des réactions anormales au cours de soins dentaires? .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :						
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :						
Avez-vous déjà eu des saignements prolongés après une blessure? .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Êtes-vous enceinte ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Fumez-vous ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Homéopathie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Début de grossesse le :			Nb de cigarettes /jrs :					

Autres renseignements médicaux que vous souhaitez signaler :

Date :

Signature :