

QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM: «[Patients]Nom_Patient»

Prénom : «[Patients]Prénom»

né(e) le : «[Patients]Date_Naissance»

Adresse de votre domicile «Adresse_Patient»

N° de Sécurité Sociale «No_SS_Patient»

N° tél.

Profession

Portable:

Flxe

Motif de la consultation:

Médecin Traitant

Dentiste traitant

Avez-vous été ou êtes-vous atteint d'une des affections suivantes:

Diabète, Urogénitale, Neurologique, Vasculaire, Asthme Affection chronique, Cardiaque, Pulmonaire, Intestinale, Rhumatisme articulaire aigu, Hépatique/Vésiculaire, Gastro duodénale, Dépression, Pathologies infectieuses.

Tension artérielle

Etes-vous enceinte ?

Etes-vous sujet à des vertiges, pertes de connaissances?

Etes-vous sujet aux hématomes?

Ronflez-vous ou avez-vous des apnées du sommeil ?

Consommation de cigarettes /jour:

Consommation d'alcool/ jour:

Etes-vous allergique? A quoi?

Avez-vous déjà été opéré(e)?: de quoi ?

TRAITEMENT EN COURS

antiinflammatoire	antidouleur
aspirine	anticoagulant
antibiotique	antidépresseur
antihypertenseur	antidiabétique

Et en particulier: prenez-vous un des médicaments suivants: **Didronel, Clastoban, Lytos, Skelid, Aredia, Fosavance, Actonel, Bonviva, Bondronat, Zometa, Aclasta**

Avez-vous déjà eu une réaction particulière à la suite d'un traitement?

Faites-vous l'objet d'une surveillance radiologique ou biologique?

ETAT DENTAIRE

Date de la dernière consultation:

Aujourd'hui avez-vous

une gêne
une douleur
un problème

esthétique

Avez-vous des difficultés

à manger
à dormir
à parler

Avez-vous eu une réaction après une anesthésie locale?

Si oui, quelle type de réaction?

Souffrez-vous des gencives?

Vos gencives saignent-elles lors du brossage?

Avez-vous l'impression que vos dents bougent?

Vos parents ont ils perdu des dents à cause d'un problème de gencive?

Entre les repas, avez-vous l'habitude:

De consommer des sucreries?

De mâcher du

chewing-gum?

De boire des

boissons sucrées?

Utilisez-vous un fil dentaire?

Utilisez-vous des brossettes inter-dentaires?

Avez-vous l'impression d'avoir une mauvaise haleine?

Avez-vous la bouche sèche?

Autre élément à signaler à votre dentiste ne faisant pas partie de cette liste:

Heure»

Sélestat, le «Date et

Signature