



QUESTIONNAIRE MEDICAL

version internet

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.

NOM et prénom : Date de naissance : Lieu :
Adresse :
Code postal et ville : Profession :
Tél. domicile : Tél. bureau : Portable :
Email : Nom et prénom de l'assuré
N° de sécurité sociale : | . | . . | . . | . . | . . . | . . . / . . | Avez-vous la CMU : oui [] non []
Mutuelle : N° AMC :
Prenez-vous des médicaments ? oui [] non [] Si oui, lesquels :
Nom du médecin généraliste : Ville :

Avez-vous des problèmes de santé ?

Allergies :

Anesthésiques []
Anti-inflammatoires []
Aspirine []
Pénicillines []
Métal.....
Autre.....

Troubles nerveux :

Perte de connaissance []
Dépression, I.M.A.O. []
Spasmophilie []
Epilepsie []

Troubles glandulaires :

Hypothyroïdie []
Hyperthyroïdie []
Surrénale []
Hypophyse []

Troubles cardiaques :

Souffle au cœur []
Malformation opérée ou non []
Angine de poitrine []
Infarctus : année..... []
R.A.A. : année..... []

Troubles vasculaire-sanguins :

Hypertension []
Hypotension []
Artérite []
Hémophilie []
Anémie []
Purpura []

Troubles hépatiques :

Cirrhose []
Hépatite A []
Hépatite B []
Hépatite C []
Autre.....

Troubles rénaux :

Insuffisance rénale []
Urémie []
Autre.....

Troubles digestifs :

Brûlures d'estomac []
Ulcère []

Troubles pulmonaires :

Tuberculose []
Autre.....

Autres :

Asthme [] Diabète [] Eczéma [] Herpès []
Migraine [] Rhumatismes [] Irradiations [] HIV, séro-positif []

Renseignements complémentaires

	OUI	NON
Prenez-vous des anticoagulants ?	[]	[]
Etes-vous enceinte ?	[]	[]
Etes-vous fumeur ?	[]	[]
Avez-vous eu des ennuis hémorragiques après une extraction ?	[]	[]
Etes-vous sous traitement par biphosphonates ?	[]	[]
Si oui, nom du médicament :		

Date :

Signature :