

# 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 :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. Domicile :

Code postal :

Tél. Portable :

Ville :

e-mail :

Médecin traitant :

Médecin spécialiste :

Adresse :

Adresse :

## AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

Troubles cardiaques .....	<input type="checkbox"/>	COVID-19 .....	<input type="checkbox"/>	Autres pathologies ou problèmes de santé :		
Troubles sanguins .....	<input type="checkbox"/>	HIV - MST .....	<input type="checkbox"/>		-	
Troubles rénaux .....	<input type="checkbox"/>	Hépatite A, B ou C .....	<input type="checkbox"/>		-	
Troubles digestifs .....	<input type="checkbox"/>	Herpès .....	<input type="checkbox"/>		-	
Troubles hépatiques .....	<input type="checkbox"/>	Sinusites .....	<input type="checkbox"/>			
Troubles nerveux .....	<input type="checkbox"/>	Alcool .....	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous des médicaments ?	Oui	Non
Troubles pulmonaires .....	<input type="checkbox"/>	Diabète .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles oculaires .....	<input type="checkbox"/>	Cancer .....	<input type="checkbox"/>	-		
Troubles cutanés .....	<input type="checkbox"/>	Allergies .....	<input type="checkbox"/>	-		
Troubles psychiatriques .....	<input type="checkbox"/>	Précisez : (Ex: latex, pénicilline...)		-		
Hypertension .....	<input type="checkbox"/>	-		-		
Ostéoporose .....	<input type="checkbox"/>	-		-		

Avez-vous déjà eu des réactions anormales au cours de soins dentaires? .....  Oui  Non

Si oui, précisez :

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? .....  Oui  Non

Si oui, précisez :

Avez-vous déjà eu des saignements prolongés après une blessure? .....  Oui  Non

## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

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

Autres renseignements médicaux que vous souhaitez signaler :

Date :

Signature :