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 ..... ☐
Troubles sanguins ..... ☐
Troubles rénaux ..... ☐
Troubles digestifs ..... ☐
Troubles hépatiques ..... ☐
Troubles nerveux ..... ☐
Troubles pulmonaires ..... ☐
Troubles oculaires ..... ☐
Troubles cutanés ..... ☐
Troubles psychiatriques ..... ☐
Hypertension ..... ☐
Ostéoporose ..... ☐

COVID-19 ..... ☐
HIV - MST ..... ☐
Hépatite A, B ou C ..... ☐
Herpès ..... ☐
Sinusites ..... ☐
Alcool ..... ☐
Diabète ..... ☐
Cancer ..... ☐
Allergies ..... ☐

Précisez : (Ex: latex, pénicilline...)

-
-

Autres pathologies ou problèmes de santé :

-
-
-

Prenez-vous des médicaments ?	Oui	Non
-		
-		
-		
-		
-		

	Oui	Non
Avez-vous déjà eu des réactions anormales au cours de soins dentaires?	☐	☐
Si oui, précisez :		
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale?	☐	☐
Si oui, précisez :		
Avez-vous déjà eu des saignements prolongés après une blessure?	☐	☐

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

	Oui	Non
Êtes-vous enceinte ?	☐	☐
Début de grossesse le :		

	Oui	Non
Fumez-vous ?	☐	☐
Nb de cigarettes /jrs :		

	Oui	Non
Homéopathie ?	☐	☐

Autres renseignements médicaux que vous souhaitez signaler :

Date :
Signature :