

## QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT

Le questionnaire  
médical est  
confidentiel. C'est une  
obligation légale qui  
permet de vous prendre  
en charge efficacement  
et en toute sécurité.

**NOM :** ..... **Téléphone :** .....  
**PRENOM :** ..... **Email :** .....

**Date de naissance :** .....

**Adresse :** .....

**Motif de la consultation :** .....

Nom et adresse du médecin traitant (médecin généraliste) : .....

Nom et adresse des médecins spécialistes (cardiologue, oncologue...) : .....

Prenez-vous actuellement des médicaments ? OUI  NON

Si oui, lesquels : .....

**Renseignements médicaux :** merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes que vous avez ou que vous avez eu dans le passé :

Madame, êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ?	
Hypertension	
Infarctus	
Angine de poitrine (angor)	
Insuffisance cardiaque	
Arythmie cardiaque	
Pacemaker	
Risque d'endocardite infectieuse ( <i>valve cardiaque prothétique, antécédent d'endocardite infectieuse, cardiopathie congénitale cyanogène</i> )	
Insuffisance rénale	
Ulcère	
MICI ( <i>maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique</i> )	
Insuffisance hépatique / cirrhose	
Epilepsie	
Dépression	
Antécédent personnel de cancer : <i>Si oui précisez : .....</i>	
Avez-vous été soigné par :	
Chimiothérapie ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Radiothérapie cervico-faciale ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Prenez-vous <u>ou avez-vous pris</u> un traitement contre l'ostéoporose ou une autre maladie osseuse ( <i>biphosphonates ou autres antirésorbeurs osseux</i> ) ? Précisez : .....	

VIH	
Hépatite A, B, C, D ou E : <i>si oui précisez</i>	
Diabète	
Troubles de la thyroïde	
Phéochromocytome	
Troubles sanguins : thrombopénie, maladie de Willebrand, déficit en facteurs de coagulation	
Avez-vous un traitement anticoagulant ou antiplaquettaire ?	
Avez-vous déjà eu un saignement anormal lors d'un accident ou d'une intervention ?	
Asthme	
Tuberculose	
Avez-vous des allergies ? <i>Si oui précisez : .....</i>	
Glaucome	
Traitement par corticoïdes au long cours ou immunosuppresseurs	
Insuffisance surrénalienne	
Prothèse de hanche ou de genou	
Problème de toxicomanie ou d'alcool <i>Si oui précisez : .....</i>	
Etes-vous fumeur ? <i>Si oui combien par jour ?</i>	
Problème lié à une anesthésie locale ?	
Précisez si vous pensez avoir un autre problème ?	

Niveau d'anxiété vis-à-vis des soins dentaires ? (Notez de 0 à 10)	
Grignotez-vous ?	
Difficultés particulières lors de précédents examens dentaires ? Précisez.....	
Vos gencives saignent-elles ?	

Craquements, claquements ou douleurs à l'ouverture de la mâchoire ?	
Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?	
Utilisez-vous une brosse à dents : Souple <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Dure <input type="checkbox"/>	
Brossez-vous les dents : matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/>	

**Observations ou remarques :** .....

*J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales. J'autorise le Dr MATHERON Chloé à pratiquer les examens et soins nécessaires à ma santé bucco-dentaire.*

A ....., le ...../...../..... SIGNATURE :