

QUESTIONNAIRE MEDICAL :

Ce questionnaire est strictement confidentiel, il est important de le remplir en toute sincérité afin d'éviter autant que possible le risque médical. Il est nécessaire à la première consultation et doit être régulièrement actualisé.

Mlle <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ N° de téléphone : _____	N° de Sécurité social : _____ Adresse : _____ _____ Adresse email : _____ Profession : _____
---	--

1- Quel est le motif de votre consultation ?

2- Avez-vous des problèmes de santé ou antécédents ? OUI NON

<input type="checkbox"/> Cardiaque <input type="checkbox"/> Vasculaire <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Rénal <input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Hépatite <input type="checkbox"/> Sanguin <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> Digestif <input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> VIH / Sida <input type="checkbox"/> Herpes / Zona <input type="checkbox"/> Autre :
--	--	--

3- Avez-vous déjà été opéré ? OUI NON

<input type="checkbox"/> Valve Cardiaque <input type="checkbox"/> Pace Maker <input type="checkbox"/> Thyroïde	<input type="checkbox"/> Rein <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Greffe	<input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Autre :
--	---	--

4- Prenez-vous des médicaments ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

5- Prenez-vous ou avez-vous pris des BIPHOSPHONATES ? OUI NON

Il s'agit de médicaments pour le traitement de l'ostéoporose ou du cancer osseux. (Actonel, Fosamax, Xgeva, Prolia, Bonviva.....)

6- Cicatrisez-vous normalement ou avez-vous tendance à beaucoup saigner ?

7- Avez-vous déjà fait une allergie ? OUI NON

<input type="checkbox"/> Antibiotiques <input type="checkbox"/> Iode	<input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Anesthésie	<input type="checkbox"/> Métal <input type="checkbox"/> Autres
---	---	---

8- Fumez-vous ? OUI NON

Si oui, combien par jour en moyenne	Si arrêt, depuis quand ?
-------------------------------------	--------------------------

9- Etes-vous enceinte ou en cours d'allaitement ? OUI NON

Si oui, a combien de mois de grossesse êtes-vous ?
--

« Je certifie que les informations fournies au chirurgien-dentiste sont complètes et m'engage à signaler toute modification de mon état de santé par la suite. »

A Saverne, Le / / et signature du patient :