

LE QUESTIONNAIRE MEDICAL

Pour éviter les interférences entre soins buccodentaires et traitements

Le questionnaire médical est indispensable avant toute prise en charge dans notre cabinet, il permet de mieux cerner vos antécédents médicaux.

Parent:

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Adresse e mail:

CMU oui ☐ non ☐

Adressé par:

N° de sécu du parent:

Comment avez-vous connu le cabinet?

Dentiste ☐ Amis ☐ Internet ☐ Pages jaunes ☐

Patient:

Nom:

Prénom:

Sexe: M ☐ F ☐

Adresse:

Ville:

Tel domicile:

Tel Portable:

Tel professionnel:

Date de naissance:

Mon dentiste: Dr

N° de sécu du patient:

Antécédents dentaires (traumatisme, traitement d'orthodontie):

1- Quel est le motif de la consultation?

2- Etes vous en bonne santé? oui ☐ non ☐

3- Etes vous suivi(e) par un médecin?

oui ☐ non ☐

Si oui, pour quel motif?

4- Avez-vous déjà été hospitalisé? oui ☐ non ☐

Si oui, pour quel motif?

Quand?

5- Avez-vous été traité(e) par radiothérapie?

oui ☐ non ☐

Si oui, pour quel motif?

Quand?

6- Prenez-vous des médicaments?

oui ☐ non ☐

Si oui, lesquels?

7- Etes vous allergique à des médicaments ou des produits? oui ☐ non ☐

Si oui, lesquels?

8- Etes vous fumeur? oui ☐ non ☐

Si oui, combien de cigarettes par jour?

9- Avez-vous ou avez-vous eu une de ces maladies? **Entourer si oui**

Maladie du sang, Maladie du foie, Hépatite B ou C
Maladie cardio-vasculaire, Maladie de la peau,
Maladie de l'estomac, Maladie de l'intestin,
Maladie des reins, Epilepsie, Rhumatisme (RAA)
Diabète, Maladie de la glande thyroïde, Maladie
des poumons, Asthme, Cancer, Maladie des yeux,
Maladie du nez/gorge/oreilles, Déficit immunitaire
(HIV)

10- Avez-vous eu une greffe de dure-mère?

oui ☐ non ☐

11- Avez-vous de l'hypertension?

oui ☐ non ☐

12- Avez-vous de l'hypotension?

oui ☐ non ☐

13- Avez-vous déjà eu des pertes de
connaissance?

oui ☐ non ☐

14- Avez-vous déjà eu une anesthésie locale?

oui ☐ non ☐

Si oui, cela vous a-t-il provoqué une réaction
anormale? oui ☐ non ☐

Laquelle?

17- Etes-vous enceinte?

oui ☐ non ☐

18- Avez-vous d'autres informations médicales à
communiquer? oui ☐ non ☐

Si oui, lesquelles?

Date:

Signature du patient ou du responsable légal
(nom, prénom):

LE QUESTIONNAIRE MEDICAL

LE QUESTIONNAIRE MEDICAL