



## Questionnaire médical patient

Ce questionnaire médical et confidentiel est destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Il sera conservé dans votre dossier patient.

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. 1 : \_\_\_\_\_ Tél. 2 : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Qui vous a adressé ou recommandé le cabinet ? : \_\_\_\_\_

### Motif de la visite

Contrôle / détartrage :

Problème de gencives :

Douleur :

Carie :

Prothèse dentaire :

Esthétique :

### Etes-vous sujets à ?

(Cochez la case, précisez et depuis combien de temps)

Troubles cardiovasculaires : \_\_\_\_\_

Diabète : \_\_\_\_\_  Troubles hormonaux : \_\_\_\_\_

Troubles sanguins : \_\_\_\_\_  Troubles cutanés : \_\_\_\_\_

Troubles hépatiques : \_\_\_\_\_  Troubles digestifs ou rénaux : \_\_\_\_\_

Troubles nerveux : \_\_\_\_\_  Dépression : \_\_\_\_\_

Problèmes osseux ou articulaires : \_\_\_\_\_  Problèmes ORL : \_\_\_\_\_

Troubles oculaires : \_\_\_\_\_  Cancer : \_\_\_\_\_

Troubles broncho-pulmonaires : \_\_\_\_\_  Autres maladies : \_\_\_\_\_

- Etes-vous allergiques à certains produits ? \_\_\_\_\_

- Quel est votre médecin traitant, si vous êtes suivi par lui actuellement ? \_\_\_\_\_

- Prenez-vous actuellement des médicaments ? Si oui, précisez lesquels (vous pouvez joindre votre ordonnance) ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Etes-vous sous traitement contre l'ostéoporose ? : \_\_\_\_\_

- Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement radio/chimiothérapique ? : \_\_\_\_\_

- En général tout se passe bien lors de soins dentaires ? : \_\_\_\_\_

### Renseignements complémentaires

Etes-vous enceinte ? Oui  Non  nombre de mois \_\_\_\_\_

Allaitez-vous ? Oui  Non

Etes-vous fumeur ? Oui  Non

Si oui, quelle est, ou a été, votre consommation ? \_\_\_\_\_

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes avec l'alcool ?

Oui  Non

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de toxicomanie ?

Oui  Non

Considérez-vous les soins bucco-dentaires comme importants ? Oui  Non

Seriez-vous d'accord pour suivre des conseils personnalisés sur l'hygiène bucco-dentaire, par votre dentiste ou son assistante ?

Oui  Non

Date et signature :