

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Afin de vous apporter la meilleure prise en charge, chaque première consultation fait l'objet d'un questionnaire médical précis, consigné dans votre dossier.

Les réponses que vous fournirez seront l'objet d'une attention particulière permettant une évaluation précise de votre état de santé par votre chirurgien-dentiste, et si nécessaire une adaptation de son traitement et/ou prescriptions.

Merci de prendre le temps de répondre à ce questionnaire concernant vos antécédents médicaux, chirurgicaux, traitements médicamenteux anciens et récents, allergies ; puis de dater et signer en fin de page.

Nom : **Prénom** :

Date de naissance :/...../..... **Adresse** :

Nom du (des) médecin(s) traitant(s) ou spécialiste(s)

Adressé par : Date du dernier contrôle dentaire :/...../.....

Poids : Mail : Profession :

1. Quel est le motif de la consultation :

- Une douleur Un contrôle Autre :

2. Avez-vous eu un problème de santé cette année ?

- OUI NON

Si oui précisez :

- Infarctus
 Accident Vasculaire Cérébral
 Cancer

3. Avez-vous des problèmes ou antécédents : (cochez la case)

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cardiaque | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Vasculaire | <input type="checkbox"/> Digestif |
| <input type="checkbox"/> Pulmonaire | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Rénal | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Cancer actif |
| <input type="checkbox"/> Hépatique | <input type="checkbox"/> VIH, SIDA |
| <input type="checkbox"/> Sanguin | <input type="checkbox"/> Herpès, zona |

4. Avez-vous déjà subi une opération ?

- OUI, laquelle : NON

Si oui précisez :

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Valve cardiaque | <input type="checkbox"/> Foie |
| <input type="checkbox"/> Pace Maker, Stents, Pontage | <input type="checkbox"/> Greffe |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde | <input type="checkbox"/> Hanche |
| <input type="checkbox"/> Rein | <input type="checkbox"/> Cancer |

5. Etes-vous traité à l'hôpital pour :

- Dialyse
 Chimiothérapie
 Radiothérapie

6. Avez-vous déjà fait des allergies ?

- OUI NON

Si oui précisez :

- Antibiotique Résine
 Iode Métal (Préciser :)
 Latex Anesthésie

7. Prenez-vous des médicaments ?

- OUI NON

Si oui précisez :

.....

8. Fumez-vous ?

- OUI quoi et combien : NON Et/ou consommez-vous de l'alcool ? OUI NON

9. Femmes seulement : êtes-vous enceinte ou en cours d'allaitement ? OUI NON

Nombre de semaines/mois :

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

Date et signature du patient :

CADRE RESERVE AU DENTISTE – ne pas remplir

Type de risque	Cause du risque	Evaluation du risque individuel	CAT
Infectieux	Vieillessement Epilepsie Diabète Pb Thyroïde Pb surrenaliens Insuf rénale chronique/hépatique Immunodéficiences HIV RadioT ChimioT Greffe organe		
Hémorragique	Pb vasculaire (Athérosclérose-Infarctus-Insuf cardiaque-Arythmie-Valvulopathies-AVC) Insuf rénale chronique/hépatique Hémophilie congénitale (déficit fact 8-9-W) RadioT ChimioT VIH Grossesse vieillissement		
Médicamenteux	Interaction médoc		
Ostéonécrose	Ttt anticancéreux		
Allergique			
Vital	Patho cardiaque Diabète Neuro mal équilibrée Choc anaphylactique Stress++		