



Fiche de renseignements / QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nous allons envisager ensemble un traitement bucco-dentaire et afin de vous traiter dans les meilleures conditions et d'éviter d'éventuelles interactions, nous vous demandons de répondre à ce questionnaire avec beaucoup d'attention et de précision. Nous vous en remercions.

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone sur lequel on puisse vous laisser un message :

e-mail :

Profession:

Coordonnées du Dentiste :

Quel est le motif de consultation ?

Comment avez-vous eu nos coordonnées ?

Avez-vous, ou avez-vous eu une ou plusieurs affections ou traitements de la liste ci-dessous ? (si oui, cochez la case)

	O	N
Pathologie cardiaque ou circulatoire, hypertension artérielle		
Pathologie respiratoire (asthme...)		
Hémorragies, Maladie du sang, Transfusion, Saignement prolongé suite à une intervention chirurgicale		
Epilepsie ou convulsions, Crise de tétanie		
Perte de connaissance		
Accident vasculaire cérébral		
Dépression, Troubles psychiatriques		
Ulcère, Maladie du foie, Hépatite		
Diabète		
Maladie de la Thyroïde		
Insuffisance rénale, Dialyse		
Régime particulier		
Traitement par irradiations, Chimiothérapie		
Corticothérapie		
Sérologie HIV positive		
Infection grave Autres maladies ou traitements non répertoriés		

Avez-vous déjà eu un traitement d'orthodontie ? Quand ? Pendant combien de temps ? Avec quel type d'appareil ?

Avez-vous déjà consulté un orthophoniste ?

Souffrez-vous de troubles du sommeil ? Ronflements, apnée du sommeil...

Avez-vous déjà consulté un ORL ?

Souffrez-vous de bruxisme (grincement des dents nocturne) ?

Souffrez-vous de troubles de l'articulation temporo-mandibulaire ?

A quand remonte votre dernier examen dentaire ? Votre dernier examen médical ?

Avez-vous eu des allergies ? A quoi ?

Etes-vous actuellement suivi(e) par un médecin. Pourquoi ?

Prenez-vous actuellement des médicaments ? Lesquels ?

Avez-vous déjà été traité(e) par biphosphonates ?

Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? Lesquelles ?

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ? Pourquoi ?

Avez-vous eu des complications à la suite d'anesthésies locales, ou au cours de soins dentaires ? Lesquelles ?

Etes-vous enceinte ? Si Oui, quelle est la date prévue de l'accouchement ?

Etes-vous fumeur ? Si Oui, combien de cigarettes/jour ?

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces renseignements. En cas de modifications de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien qui me soigne au rendez-vous suivant.

Date :

Signature :