



QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire qui nous permettra de mieux vous connaître

O M. O MME O MLLE
 NOM ET PRÉNOM : DATE DE
 NAISSANCE :
 ADRESSE
 COMPLÈTE :
 PROFESSION :
 TÉL. DOMICILE : TÉL. MOBILE :
 EMAIL :
 MÉDECIN TRAITANT : TÉL. MÉDECIN TRAITANT :
 NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :
 QUI VOUS A CONSEILLÉ LE CENTRE DENTAIRE DE FRANCE?

QUEL EST L'OBJET DE VOTRE CONSULTATION?
 O DOULEURS O GENCIVES O MOBILITÉ DES DENTS O ESTHÉTIQUE O CARIES O HALEINE O PROTHÈSE

	OUI-NON	COMMENTAIRES	DATES
AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE SANTÉ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	LESQUELS ?	DEPUIS:.....
PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	LESQUELS ?	DEPUIS:.....
AVEZ-VOUS PRIS DES ANTIBIOTIQUES DURANT LES 4 DERNIÈRES SEMAINES?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	LESQUELS ?	DERNIER JOUR DE PRISE:
AVEZ-VOUS PRIS DES ANTI-INFLAMMATOIRES DURANT LES 4 DERNIÈRES SEMAINES?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	LESQUELS ?	DERNIER JOUR DE PRISE:
SOUFFREZ-VOUS DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> HYPERTENSION <input type="checkbox"/> DOULEURS THORACIQUES <input type="checkbox"/> INFARCTUS <input type="checkbox"/> ARTÉRITE <input type="checkbox"/> ANGINE DE POITRINE	DEPUIS:..... OU DERNIER ÉPISODE:
SOUFFREZ-VOUS DE MALADIES CARDIAQUES-VALVULAIRES?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> SOUFFLE <input type="checkbox"/> MALFORMATION <input type="checkbox"/> RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	OPÉRÉ(E) LE:
SOUFFREZ-VOUS DE DIABÈTE? O O	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	VOTRE DIABÈTE EST-IL ÉQUILIBRÉ ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SUIVI(E) DEPUIS:
SOUFFREZ-VOUS LORS DE LA DIGESTION?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> BRÛLURES D'ESTOMAC <input type="checkbox"/> ULCÈRE	DEPUIS:.....
SOUFFREZ-VOUS D'ALLERGIES?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> ASPIRINE <input type="checkbox"/> PÉNICILLINES <input type="checkbox"/> AUTRES :	DEPUIS:.....



QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire qui nous permettra de mieux vous connaître

	OUI - NON	COMMENTAIRES	DATES
AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES HÉPATIQUES?	O O	O HÉPATITE VIRALE	QUAND ?.....
SOUFFREZ-VOUS DE PROBLÈMES NERVEUX?	O O	O ANXIÉTÉ O DÉPRESSION O SPASMOPHILIE O PERTE DE CONNAISSANCE O AUTRES :	DEPUIS:.....
SERREZ-VOUS DES DENTS LA NUIT?	O O	FRÉQUEMMENT? O OUI O NON	DEPUIS:.....
GRINCEZ-VOUS DES DENTS LA NUIT?	O O	FRÉQUEMMENT? O OUI O NON	DEPUIS:.....
AVEZ-VOUS D'AUTRES PATHOLOGIES?	O O	O RÉNALES O OCCULAIRES O IMMUNOLOGIQUES O VIH O GLANDULAIRES	DEPUIS:..... OU DERNIER ÉPISODE:
AVEZ-VOUS ÉTÉ IRRADIÉ?	O O		QUAND ?.....
SOUFFREZ-VOUS DE TROUBLES SANGUINS?	O O	O PURPURA O HÉMOPHILIE O SAIGNEZ-VOUS BEAUCOUP APRÈS UNE PIQÛRE OU UNE COUPURE?	DEPUIS:.....
FUMEZ-VOUS?	O O	O MOINS DE 5 CIGARETTES PAR JOUR O ENTRE 5 ET 10 O ENTRE 10 ET 20 O PLUS DE 20	DEPUIS:.....
ÊTES-VOUS ENCEINTE?	O O	ALLAITEZ-VOUS? O OUI O NON	DEPUIS COMBIEN DE MOIS?

QUELLE EST VOTRE TAILLE?
 QUELLE EST VOTRE POIDS?

OBSERVATIONS PERSONNELLES OU
 REMARQUES :

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces informations.

En cas de modifications de mon état de santé et/ou des prescriptions médicales, j'en informerai le praticien qui me soigne au rendez-vous suivant.

Date:

Signature: