

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Pour assurer une prise en charge optimale lors de votre première consultation, un questionnaire médical détaillé sera intégré à votre dossier. Vos réponses permettront au Chirurgien-Dentiste d'évaluer précisément votre état de santé et d'adapter, si besoin, son traitement ou ses prescriptions. Merci de répondre avec soin en précisant vos antécédents médicaux, chirurgicaux, traitements passés ou en cours, ainsi que vos allergies.

N'oubliez pas de dater et signer le document. Toutes les informations fournies seront traitées de manière confidentielle, dans le respect des règles de déontologie médicale.

Nom : **Prénom :**

Adresse :

Date de naissance : / / **Téléphone :**

Adresse e-mail :

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

Nom de votre assurance mutuelle :

Questionnaire dentaire : Avez-vous ? :

- ☐ Douleurs dentaires ☐ Difficultés à la mastication ☐ Dents sensibles
☐ Impressions de mobilité dentaire ☐ Mauvaise haleine ☐ Infection des gencives
☐ Lésions sur la langue / joues / lèvres ☐ Autres, précisez :

Avez-vous eu des problèmes de santé cette année ? : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez :

- ☐ Infarctus ☐ Accident vasculaire cérébral ☐ Cancer
☐ Infections urinaires/génitales/ORL ☐ Autres, précisez :

Avez-vous des problèmes de santé ou antécédents ? :

- ☐ Cardiaques ☐ Vasculaire ☐ Pulmonaires ☐ Rénaux ☐ Thyroïde ☐ Digestifs
☐ Diabète ☐ Hépatiques ☐ Sanguins ☐ Dépression ☐ Épilepsie ☐ Cancer actif
☐ VIH, SIDA ☐ Herpès, Zona ☐ Ostéoporose ☐ Autres, précisez :

Avez-vous déjà subi une opération ? : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez :

- ☐ Valve cardiaque ☐ Pace maker, stents, pontage ☐ Thyroïde ☐ Rein ☐ Foie
☐ Sanguins ☐ Cancer actif ☐ Greffe ☐ Hanche ☐ Chirurgie de la tête et du cou
☐ Autres, précisez :

Avez-vous déjà été traité par ? :

- ☐ Dialyse ☐ Chimiothérapie ☐ Radiothérapie ☐ Ostéoporose

Avez-vous déjà fait une allergie ? : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez :

Prenez-vous des médicaments ? : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez :

Fumez-vous ? : ☐ Oui ☐ Non Si oui, combien de cigarettes/jours ? :

Consommez-vous de l'alcool ? : ☐ Oui ☐ Non ☐ Occasionnellement ☐ Tous les jours

Etes-vous enceinte ou en cours d'allaitement ? : ☐ Oui ☐ Non

"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 :