



QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Afin de vous apporter la meilleure prise en charge, chaque première consultation fait l'objet d'un questionnaire médical précis, consigné dans votre dossier. Vos réponses permettent une évaluation précise de votre état de santé, et si nécessaire une adaptation de votre traitement ou de vos prescriptions. Merci de prendre le temps de répondre à ce questionnaire, puis de dater et signer en fin de page.

Nom et prénom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Adresse postale	<input type="text"/>	Profession	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	Médecin traitant	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>	Date du dernier contrôle dentaire	<input type="text"/>

Quelle est le motif de la consultation ? Une douleur Un contrôle Autre :

Avez-vous eu un problème de santé cette année ? Oui Non

Si oui, précisez : Infarctus Accident vasculaire cérébral Cancer Autre :

Avez-vous des problèmes médicaux ou des antécédents ?

- | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cardiaque | <input type="checkbox"/> Vasculaire | <input type="checkbox"/> Pulmonaire | <input type="checkbox"/> Digestif | <input type="checkbox"/> Zona, herpès |
| <input type="checkbox"/> Rénal | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Hépatique | <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Sanguin | <input type="checkbox"/> Thyroïde | <input type="checkbox"/> Cancer actif | <input type="checkbox"/> VIH, sida | |

Etes-vous traité à l'hôpital pour :

- Dialyse Chimiothérapie Radiothérapie

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

- | | | | | |
|---------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Rein | <input type="checkbox"/> Foie | <input type="checkbox"/> Thyroïde | <input type="checkbox"/> Greffe | <input type="checkbox"/> Pacemaker, stents, pontage |
| <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> Valve cardiaque | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Autre : | |

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

- | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotique | <input type="checkbox"/> Iode | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Résine | <input type="checkbox"/> Métal (préciser) |
| <input type="checkbox"/> Anesthésie | <input type="checkbox"/> Autre : | | | |

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

Fumez-vous ? Oui Non Consommez-vous de l'alcool ? Oui Non

Êtes-vous enceinte ou en cours d'allaitement ? Oui Non

Si oui, précisez le nombre de semaines :

Avez-vous peur du dentiste ? Oui Non Si oui, précisez pourquoi :

Aimez-vous votre sourire ? Oui Non Si non, qu'aimeriez-vous changer :

Je certifie que les informations fournies sont complètes et m'engage à signaler au Dr Sarah Donay toute modification de mon état de santé par la suite.

Date et signature du patient :