

## QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT CONFIDENTIEL

Ce questionnaire médical et confidentiel est destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Il sera conservé dans votre dossier patient.

Nom et Prénom(s) du patient : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tel domicile : ..... Tel portable : .....

Date de naissance : ..... Sexe : M / F

Adresse e-mail : .....

Profession : .....

Nom du médecin traitant : .....

### Raison de la visite

Rendez-vous de contrôle :

Douleur :

Date approximative du dernier examen dentaire ou soins dentaires : .....

### Questionnaire de santé

Allergie ? oui / non si oui lesquelles : .....

**Etes-vous en bonne santé ?** oui / non

Troubles cardiaques ? oui / non

Trouble cutanés ? oui / non

Troubles vasculaires/sanguins ? oui / non

Arthrose (préciser zone) ? oui / non

Troubles rénaux ? oui / non

Troubles digestifs ? oui / non

Troubles glandulaires / hormonaux ? oui / non

Troubles hépatiques ? oui / non

SIDA / HIV+ ? oui / non

Troubles nerveux / épilepsie ? oui / non

Hépatite ? oui / non

Troubles pulmonaires / asthme ? oui / non

Cancer ? oui / non

Diabète ? oui / non

Autre maladie(s) ? .....

**Suivez-vous un traitement ?** oui / non Si oui lesquels ? .....

Etes-vous ENCEINTE ou ALLAITANTE ? oui/ non

### Renseignements complémentaires

Etes-vous fumeur ? oui / non Si oui : ..... cigarettes/jour

Prenez-vous des substances illicites ? oui / non Si oui : lesquels ? .....

Avez-vous été traité par radiothérapie ? chimiothérapie ? oui / non Si oui date et localisation : .....

Etes-vous sous traitement par biphosphonates ? oui / non

conformément à la loi « informatique et liberté » du 06/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données personnelles vous concernant auprès de votre chirurgien-dentiste.

Date :

Signature :