



Questionnaire médical

à remplir avant la première
consultation au cabinet

Remplissez le formulaire directement sur votre ordinateur en utilisant Acrobat et imprimez-le, ou imprimez-le et complétez-le à la main.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRIQUES

M. / Mme / Mlle

Nom et prénom : Date de naissance : / /

Adresse complète :

Profession :

Tél. domicile / Tél. portable :

Email :@.....

Médecin traitant / Tél. :

Numéro de sécurité sociale : CMU ? Non Oui

Qui vous a conseillé le cabinet dentaire ? Parent Ami Docteur Internet Autre :

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

- Anémie : Non Oui
- Epilepsie : Non Oui
- Rhumatisme :
 Non Oui Précisez :
- Glaucome : Non Oui
- Asthme : Non Oui
- Hépatite A, B ou C :
 Non Oui Précisez :
- Syncopes, vertiges : Non Oui
- Maladies cardiaques :
 Non Oui Précisez :
- Maladies cardiaques-valvulaires :
 Non Oui Précisez :
- Problèmes nerveux / psychiatriques :
 Non Oui Précisez :
- Tension artérielle : Non Oui
- Tuberculose : Non Oui
- Crise de tétanie : Non Oui
- Troubles sanguins / problèmes circulatoires :
 Non Oui Précisez :
- Troubles des reins :
 Non Oui Précisez :
- Ulcère à l'estomac : Non Oui
- Désordres hormonaux :
 Non Oui Précisez :
- Problèmes thyroïdiens : Non Oui
- Diabète : Non Oui
- Troubles articulaires (pose de prothèse) :
 Non Oui Précisez :
- Diminution de l'audition : Non Oui
- Cancer :
 Non Oui Précisez :
- Rhumes fréquents ou sinusites : Non Oui
- Virus HIV : Non Oui
- Maladies sexuellement transmissibles (MST) :
 Non Oui Précisez :
- Maux de tête fréquents : Non Oui
- Problèmes oculaires :
 Non Oui Précisez :
- Autres maladies :
 Non Oui Précisez :

ALLERGIES CONNUES

Aliments : Non Oui - Précisez : Pénicilline : Non Oui Aspirine : Non Oui
Anesthésique local : Non Oui Latex : Non Oui Antibiotique : Non Oui
Codéine : Non Oui Métal non précieux : Non Oui Anti-inflammatoire : Non Oui
Iode et produits dérivés : Non Oui Sulfamides : Non Oui Autres :

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

Prenez-vous un traitement médicamenteux ou en avez-vous déjà pris un au cours des 6 derniers mois ?

Non Oui Précisez :

Avez-vous été récemment exposé aux rayons X (scanner, radiothérapie...) ?

Non Oui Précisez :

Prenez-vous des antibiotiques ou en avez-vous pris durant les 4 dernières semaines ?

Non Oui Précisez :

Etes-vous traité contre l'ostéoporose ?

Non Oui Médicaments :

Fumez-vous ?

Non Oui Cigarettes par jour :

Quelle est votre consommation moyenne d'alcool ?

Non 1 verre/mois 1 verre/semaine

1 verre/jour Plus : précisez :

Avez-vous déjà été traité contre l'alcoolisme ?

Non Oui Date :

Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes de toxicomanie ?

Non Oui

Type de drogue & fréquence

Avez-vous déjà été hospitalisé ou avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ?

Non Oui Opération & date :

Etes-vous enceinte ?

Non Oui Accouchement le :

Allaitez-vous ?

Non Oui

QUESTIONNAIRE DENTAIRE

Dernière visite chez votre dentiste :

0-6 mois 6-12 mois + de 12 mois - précisez :

Actes effectués lors de votre dernière visite :

.....

Avez-vous réalisé une radio de vos dents depuis moins de 3 ans ?

Non Oui

Vos dents de sagesse sont-elles sorties ?

Non Oui

Vos dents de sagesse ont-elle été extraites ?

Non Oui

Vos gencives saignent-elles fréquemment ?

Non Oui Brossage, alimentation ?

Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ?

Non Oui

Entendez-vous des craquements lorsque vous ouvrez la bouche ?

Non Oui

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?

Non Oui

Avez-vous déjà eu des prothèses articulaires ?

Non Oui

AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU LES TRAITEMENTS OU SOINS DENTAIRES SUIVANTS :

Traitement des gencives : Non Oui

Traitement d'orthodontie : Non Oui

Traitement de canal : Non Oui

Obturations (réparations) : Non Oui

Couronnes ou ponts : Non Oui

Prothèses complètes ou partielles : Non Oui

Implants dentaires : Non Oui

Autres - précisez : Non Oui

HISTORIQUE ORTHODONTIQUE :

Etes-vous en cours de traitement d'orthodontie* ?

Si oui, pourquoi changez-vous de praticien ? Nom de prédécent praticien :

Avez-vous déjà reçu un traitement orthodontique ? Non Oui Précisez le type :

*Attention, si votre traitement a été initié par un autre chirurgien-dentiste, n'oubliez pas d'apporter votre dossier orthodontique lors du premier rendez-vous.

Je soussigné(e), atteste l'exactitude de ces informations.

En cas de modifications de mon état de santé et/ou des prescriptions médicales, je m'engage à en informer mon chirurgien-dentiste.

Date :

Signature du patient :