QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Connaître votre état de santé ou vos traitements médicaux est important dans le cadre d'un traitement bucco-dentaire.
Le chirurgien –dentiste est amené à prescrire des médicaments , à faire des anesthésies locales ou réaliser des traitements qui peuvent avoir un impact sur votre état général . C'est pour cette raison qu'il important de bien remplir ce questionnaire médical .
Le questionnaire est à l'usage exclusif de votre chirurgien dentiste dans le cadre de son exercice professionnel et sera conservé dans le dossier patient

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
ADRESSE :
TEL :
NOM ET COORDONNÉES DU MEDECIN TRAITANT :

NOM ET COORDONNEES DU OU DES MEDECINS SPÉCIALISTES :

A quand remonte votre dernier examen médical ?
Prenez vous des médicaments prescrits?
Si oui lesquels (merci de mettre les noms et quantités)

--- ---

--- ---

--- ---

--- ---

Prenez vous occasionnellement des médicaments non prescrits ?Si oui lesquels

--- ---

--- ---

Etes vous allergique à certains produits ? Si oui lesquels ?

--- ---

--- ---

Avez vous déjà eu une réaction à un médicament ?

Avez vous déjà eu une réaction à une anesthésie générale?si oui laquelle

Avez vous déjà eu une réaction a une anesthésie locale chez le dentiste ? si oui laquelle

Etes vous enceinte ? Si oui de combien de mois

Donnez vous votre sang ?

Avez vous déjà subi des interventions chirurgicales ?
Si oui lesquelles ?Date

--- ---

--- ---

Avez vous eu des complications à la suite de ces interventions ? si oui précisez

J'atteste l'exactitude de ces informations ,en cas de modifications de mes prescriptions médicales ou de mon état de santé ,j'informerai mon dentiste au rendez vous suivant.

Date **Nom, Prénom et Signature**

Avez vous eu des saignements allongés à la suite d'inteventions chirurgicales,d'extractions dentaires ou blessures?

Avez vous eu des médicaments pour traiter l'ostéoporose ?
Si oui lesquels ;Date et durée

Avez vous été soigné pour un cancer ?Si oui lequel ,à quelle période et par quels traitements(chimiothérapie,rayons ,etc ?

--- ---

--- ---

--- ---

Avez vous une sensation de fatigue le matin ?Dure t elle durant la journée
Faites vous des pauses respiratoires la nuit (apnées,sensation d'étouffements ?)
Avez vous des phases de somnolence dans la journée

Avez vous une ou plusieurs affections ou traitements de la liste ci dessous (répondez par oui ou non et precisez les dates)

Hypertension artérielle	Bronchite Chronique	Hyper parathyroidie
Angine de poitrine	Insuffisance respiratoire	Hyperthyroidie
Infarctus du myocarde	Tuberculose	Hypothyroidie
Insuffisance cardiaque	Maladie du foie	Maladie de la peau
Affection valvulaire	Hépatite A /B / C	Ostéomalacie
Malformation cardiaque	Epilepsie ou convulsions	Corticothérapie
Troubles du rythme	Crise de tétanie	Chimiothérapie
Endocardite	Perte de connaissance	Radiothérapie
Troubles circulatoires	AVC	Pathologie occulaire(glaucome …)
Chirurgie cardiaque	Dépression	Pathologie ORL (sinusite,otites…)
Pace maker	Troubles psychiatriques	Ulcères d'estomac
Rhumatisme articulaire aigu	Ostéoporose	Reflux gastriques
Polyarthrite	Diabète insulino dépendant	Dépendance à l'alcool
Infection grave	Diabète non insulino dépendant	Dépendance à la drogue
Traitement hormonal	Diabète avec complications	Tabagisme : cig/jour ;depuis Arrêt depuis après années
Allergie	Insuffisance rénale	Apnées du sommeil
Asthme	Dialyse	Organe greffé
Troubles sanguins (plaquettes …)	Sérologie Hiv positive	Prothèse

Covid 19 **Vacciné contre le covid ?** **Dates**

Autres affections :

J'atteste l'exactitude de ces informations ,en cas de modifications de mes prescriptions médicales ou de mon état de santé ,j'informerai mon dentiste au rendez vous suivant.

Date **Nom, Prénom et Signature**