



QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire qui nous permettra de mieux vous connaître.

M. Mme Mlle

Nom et Prénom : Date de naissance :

Adresse complète:

Profession :

Tél. Domicile : Tél. Mobile :

Email :

Médecin traitant : Tél. Médecin traitant :

Numéro de sécurité sociale :

Qui vous a conseillé la clinique dentaire du Mail

Quel est l'objet de votre consultation?

Douleurs Gencives Mobilité des dents Esthétique Caries Haleine Prothèse

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Avez-vous des problèmes de santé?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Lesquels ?	Depuis:.....
Prenez-vous des médicaments?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Lesquels ?	Depuis:.....
Avez-vous pris des antibiotiques durant les 4 dernières semaines?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Lesquels ?	Dernier jour de prise:
Avez-vous pris des anti-inflammatoires durant les 4 dernières semaines?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Lesquels ?	Dernier jour de prise:
Souffrez-vous de maladies cardiovasculaires?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Hypertension <input type="radio"/> Douleurs thoraciques <input type="radio"/> Infarctus <input type="radio"/> Artérite <input type="radio"/> Angine de poitrine	Depuis:..... ou Dernier épisode:
Souffrez-vous de maladies cardiaques-valvulaires?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Souffle <input type="radio"/> Malformation <input type="radio"/> Rhumatisme articulaire aigu	Opéré(e) le:
Souffrez-vous de diabète?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Votre diabète est-il équilibré ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Suivi(e) depuis:
Souffrez-vous lors de la digestion?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Brûlures d'estomac <input type="radio"/> Ulcère	Depuis:.....
Souffrez-vous d'allergies?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Aspirine <input type="radio"/> Pénicillines <input type="radio"/> Autres :	Depuis:.....

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Avez-vous des problèmes hépatiques?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> Hépatite virale	Quand ?.....
Souffrez-vous de problèmes nerveux?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> Anxiété <input type="radio"/> Dépression <input type="radio"/> Spasmophilie <input type="radio"/> Perte de connaissance <input type="radio"/> Autres :	Depuis:.....
Serrez-vous des dents la nuit?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Fréquemment? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Depuis:.....
Grincez-vous des dents la nuit?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Fréquemment? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Depuis:.....
Avez-vous d'autres pathologies?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> Rénales <input type="radio"/> Occulaires <input type="radio"/> Immunologiques <input type="radio"/> VIH <input type="radio"/> Glandulaires <input type="radio"/> Pulmonaires <input type="radio"/> Autres :	Depuis:.....
Avez-vous été irradié?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI		Quand ?.....
Souffrez-vous de troubles sanguins?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> Purpura <input type="radio"/> Hémophilie Saignez-vous beaucoup après une piqûre ou une coupure? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Depuis:.....
Fumez-vous?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> Moins de 5 cigarettes par jour <input type="radio"/> entre 5 et 10 <input type="radio"/> entre 10 et 20 <input type="radio"/> plus de 20	Depuis:.....
Êtes-vous enceinte?	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Allaitiez-vous? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Depuis combien de mois?
Observations personnelles ou remarques :			
.....			

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces informations.

En cas de modifications de mon état de santé et/ou des prescriptions médicales, j'en informerai le praticien qui me soigne au rendez-vous suivant.

Date:

Signature: