

QUESTIONNAIRE MEDICAL 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. Date :
Merci de compléter ou cocher les cases qui vous correspondent.

Nom et Prénom(s) : Tél. domicile :
 Adresse : Tél. portable :
 Code postal : Ville : Tél. bureau :
 Numéro de Sécurité Sociale : CMU ? ACS ? Profession :
 Adresse e-mail : Sexe : M F Date de naissance :
 Adressé au cabinet par : Nom de votre mutuelle :

VOTRE ETAT DE SANTE GENERAL :	
<input type="checkbox"/> Problèmes valvulaires ? (souffle, malformation, RAA, atcd endocardite)	<input type="checkbox"/> Prise de médicaments ? Lesquels ?
<input type="checkbox"/> Hypertension ?
<input type="checkbox"/> Diabète ?
<input type="checkbox"/> Infections virales (hépatite, HIV) ?
<input type="checkbox"/> Problèmes rénaux ?	<input type="checkbox"/> Allergies ?
<input type="checkbox"/> Prothèses articulaires ?
<input type="checkbox"/> Problèmes nerveux (dépression, épilepsie) ?
<input type="checkbox"/> Grossesse ?	<input type="checkbox"/> Autre ?
<input type="checkbox"/> Avez-vous pris, prenez-vous ou allez-vous prendre des Biphosphonates ? (Clastoban, Lytos, Didronel, Etidronate, Arédia, Osteepam, Paminject, Fosamax, Zometa, Aclasta, Bonviva, Bondronate, Actonel, Avastin, Xgeva....)	

VOUS VENEZ POUR :	VOUS ÊTES INTERESSE(E) PAR :
<input type="checkbox"/> un contrôle périodique/détartrage <input type="checkbox"/> une douleur/ un problème - dent/couronne/implant - articulation - Prothèse amovible - mâchoire <input type="checkbox"/> un problème avec une prothèse - descellement - inconfort - fracture - renouvellement <input type="checkbox"/> un problème esthétique <input type="checkbox"/> le remplacement de dents manquantes <input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/> Des conseils pour améliorer votre santé bucco dentaire (évaluation des habitudes de vie, conseils de brossage) <input type="checkbox"/> Résoudre uniquement mon problème actuel <input type="checkbox"/> Une analyse globale de ma bouche - pour garder mes dents le plus longtemps possible - pour restaurer ou maintenir ma santé bucco dentaire - pour améliorer mon sourire - pour pouvoir manger ce que je veux

VOS HABITUDES DE VIE :	
Brossage <input type="checkbox"/> électrique <input type="checkbox"/> Manuel	Fréquence ?.....
Brossettes interdentaires / fil dentaire	Fréquence ?.....
Jet dentaire	Fréquence ?.....
Tabac	Quantité ?.....

A ma connaissance, j'atteste de l'exactitude de ces informations. En cas de modifications de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien au rendez-vous suivant.

Signature