n°dossier *(à remplir par le chirurgien-dentiste)* _____ Date : _____

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL 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) : _____ Tél. domicile : _____

Adresse : _____ Tél. bureau : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél. portable : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : M ❑ F ❑

Taille : _____ Poids : _____

Adresse e-mail : _____ @ _____ Profession : _____

Adressé et/ou recommandé par : un parent ❑ un ami ❑ un médecin ❑ annuaire téléphonique ❑ un dentiste ❑ autre : _____

Êtes-vous personnellement assuré : Oui ❑ Non ❑

Numéro de Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Avez-vous la CMU : Oui ❑ Non ❑

Si vous n'êtes pas personnellement assuré, nom et prénom de l'assuré : _____

Numéro de Sécurité Sociale de l'assuré : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

## Raison de la Visite

Informations ❑ Visite de contrôle ❑ Plombage brisé ❑ Carie ❑ Dents, gencives sensibles ❑ Dent fracturée ❑ Détartrage ❑

Douleur ❑ Prothèse dentaire ❑ Autre ❑ Précisez : _____

Date du dernier examen dentaire *(ou soins dentaires)* : _____

## Avez-vous ou Avez-vous eu des Problèmes de Santé ?

*(cochez la case correspondante et précisez lesquels et depuis combien de temps)*

- ❑ Troubles cardiovasculaires : _____
- ❑ Troubles rénaux : _____
- ❑ Troubles digestifs : _____
- ❑ Troubles hépatiques *(si hépatite précisez A,B ou C)* : _____
- ❑ Troubles nerveux : _____
- ❑ Dépression : _____
- ❑ Troubles oculaires : _____
- ❑ Troubles broncho-pulmonaires : _____
- ❑ Troubles cutanés : _____
- ❑ Allergies : _____
- ❑ Troubles hormonaux : _____
- ❑ Diabète : _____
- ❑ Troubles sanguins (ex anémie) : _____
- ❑ Problèmes osseux ou articulaires : _____
- ❑ Problèmes ORL : _____
- ❑ Cancer : _____
- ❑ Autres maladies ? _____

Précisez lesquelles : _____

| | | | |
|---|---|---|---|
| Êtes-vous actuellement suivi par un médecin ? | Oui ❑ | Non ❑ | |
| Prenez-vous actuellement des médicaments ? | Oui ❑ | Non ❑ | Si oui, précisez lesquels : _____ |
| Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement radio/chimiothérapique ? | Oui ❑ | Non ❑ | |
| Avez-vous déjà eu des anesthésies dentaires ? | Oui ❑ | Non ❑ | |
| Problèmes lors des anesthésies dentaires ? | Oui ❑ | Non ❑ | Si oui lesquels ? _____ |
| Avez-vous déjà eu des extractions dentaires ? | Oui ❑ | Non ❑ | |
| Problèmes lors des extractions dentaires ? | Oui ❑ | Non ❑ | Si oui lesquels ? _____ |

## Renseignements Complémentaires

Êtes-vous enceinte ? Oui ❑ Non ❑ Allaitez-vous ? Oui ❑ Non ❑

Êtes-vous fumeur ? Oui ❑ Non ❑ Si oui, depuis combien de temps ? _____ Combien de cigarettes/jour ? : _____

Si non, avez-vous été fumeur ? Oui ❑ Non ❑ Depuis quand avez-vous arrêté ? _____

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes avec l'alcool ? Oui ❑ Non ❑

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de toxicomanie ? Oui ❑ Non ❑ Si oui avec quel type de drogue ? _____

Êtes-vous sous traitement contre l'ostéoporose Oui ❑ Non ❑ Si oui lequel ? _____

comprimé Oui ❑ Non ❑ ou injection Oui ❑ Non ❑

Nom et adresse de votre médecin traitant : _____

_____

Signature :

*Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données personnelles vous concernant auprès de votre chirurgien-dentiste.*