

Questionnaire médical

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Cochez les cases lorsque la réponse à la question est affirmative.

-
- INFORMATIONS STRICTEMENT CONFIDENTIELLES :**
- 1. Avez-vous eu 1 crise cardiaque, ou 1 insuffisance cardio-respiratoire ?**
- prenez-vous des produits à base d'aspirine ?
- 2. Avez-vous un souffle cardiaque ou une prothèse de valve cardiaque, ou avez-vous souffert d'une endocardite ?**
- avez-vous besoin d'antibiotiques avant un traitement dentaire ?
- 3 . Avez-vous subi une opération du coeur comme un pontage ?**
- souffrez-vous d'angine de poitrine ?
- 4. Avez-vous ou allez-vous avoir une prothèse articulaire ?**
- 5a. Avez-vous ou êtes-vous traité pour de l'hypertension ?**
- 5b. Avez-vous du cholestérol ?**
- 6. Avez-vous des battements de coeur irréguliers ?**
- 7. Avez-vous déjà eu une paralysie ou un AVC ?**
- 8. Êtes-vous traité pour de l'épilepsie ou des pertes de connaissance ?**
- 9. Etes-vous séropositif : Hép B, Hép C, HIV ? (entourez)**
- 10. Souffrez-vous d'un glaucome oculaire ?**
- 11. Souffrez-vous d'asthme ?**
- 12. Souffrez-vous de rhume des foins ou d'autres allergies (accariens, poussières, poils d'animaux, etc...) ?**
- 13. Avez-vous déjà eu des effets secondaires suite à une prise de médicaments ou à des matériaux médicaux ?**
- prenez-vous parfois un traitement anti-allergique ?
- avez-vous déjà eu des réactions allergiques aux anesthésies locales ou un malaise dans un cabinet dentaire ?
- 14a. Etes-vous avec certitude allergique à la pénicilline ?**
- 14b. A d'autres médicaments ou antibiotiques, lesquels ?**
- 14c. A l'aspirine ?**
- 14d. A l'iode ?**
- 14e. A certains métaux ou autres matériaux (comme le latex) ?.....**
- 15. Avez-vous eu une maladie chronique du foie (de plus de 6 mois) ?**
- 16. Avez-vous des brûlures d'estomac ou un ulcère gastro-intestinal ?**
- 17a. Fumez-vous ? Combien de cigarettes par jour ?**
- 17b. Souffrez-vous de sinusite ?**
- 18. Avez-vous une maladie des reins, du sang dans les urines ?**
- êtes-vous en traitement pour dialyse ou transplantation rénale ?

- 19. Avez-vous du diabète ?**
- prenez-vous de l'insuline ?
- votre diabète est-il souvent déséquilibré ?
- 20. Souffrez-vous de problèmes de thyroïde ou de surrénales ? (entourez)**
- 21. Souffrez-vous d'anémie (manque de globules rouges) ?**
- 22. Avez-vous une maladie des ganglions lymphatiques ou du sang ?**
- 23. Avez-vous subi une opération, une radiothérapie ou une chimiothérapie pour une tumeur depuis moins de 5 ans ?**
- 24. Etes-vous hémophile ou avez-vous eu des saignements anormaux après un traumatisme, une opération, ou suite à une extraction dentaire ?**
- 25. Prenez-vous des médicaments actuellement ?**
- des anti-coagulants ?
- des corticoïdes ?
- Avez-vous pris, ou allez-vous prendre des BISPHOSPHONATES ?
- un traitement anti-cancéreux ?
- des antidépresseurs, des calmants, des anxiolytiques ?
- d'autres médicaments ?
- 26. Pour les femmes : êtes-vous enceinte (... mois) ou allaitante ?**
- Portez-vous un stérilet ?
- Prenez-vous un traitement hormonal ou contre l'ostéoporose ?
- 27. Avez-vous des problèmes ou des saignements de gencives ?**
- Avez-vous l'impression d'avoir mauvaise haleine ?
- Avez-vous l'impression que vos dents bougent ?
- Dans votre famille perd-on des dents à cause de problèmes de gencive ?
- Avez-vous des douleurs au chaud, au froid, à la mastication ?
- Consommez-vous des sucreries entre les repas ?
- Avez-vous des implants dentaires ?
- 28. Serrez-vous les dents (bruxisme), problèmes articulaires des mâchoires ?**
- 29. Autres éléments à nous signaler ?**
- 30. Accord pour des rappels téléphoniques, par SMS ou par E-mail ?**
- ADRESSE :
- Tél privé : Professionnel : Portable :
- Nom de votre assurance complémentaire :
- 31. Vous êtes adressé par :**

Date:

Signature: