Dr Jean-Etienne CHEVALIER et Dr Camille LEFEBVRE
Chirurgiens-dentistes
37 avenue de Paris 62980 Noyelles les Vermelles
☎ : 03,59,41,79,93

Questionnaire médical

NOM & Prénom ……

Date de naissance : ……/……/……

Adresse : ……

……

Code Postal : …… Ville : ……

Pays : ……

Tél. domicile : …… Tél. portable :……

Personne à contacter en cas de problème :

Nom : …… Tél. : ……

Nom et adresse de votre médecin traitant :……

……

Raison de votre visite :

- ☐ Contrôle/détartrage
- ☐ Dents, gencives douloureuses
- ☐ Douleurs articulaires
- ☐ Soins
- ☐ Prothèses dentaires
- ☐ Problèmes esthétiques
- ☐ Fracture dentaire
- ☐ Autres : ……

Souffrez-vous d'allergie : ☐ **OUI** ☐ **NON**

- ☐ des médicaments : le ou lesquels : ……
- ☐ au Latex
- ☐ autres : ……

Prenez-vous des médicaments : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Lesquels : *(Si vous avez votre dernière ordonnance, veillez la montrer à votre Chirurgien-dentiste)*

……

……

……

……

……

Renseignements complémentaires :

Etes-vous enceinte : ☐ **OUI** ☐ **NON** Si oui, depuis **……**mois

Allaitez-vous : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Avez-vous une conduite addictive :

- Tabac ☐ **OUI** ….. Cigarettes/jour ☐ **NON**
- Alcool ☐ **OUI** ☐ **NON**
- Drogues ☐ **OUI** ☐ **NON**

Avez-vous déjà été opéré : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Si oui, pourquoi et quand : ……

……

Avez-vous eu des complications suite à l'anesthésie : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Avez-vous récemment perdu du poids : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Faites vous actuellement de la fièvre : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Consultez-vous un ou des médecins spécialistes : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Si oui, merci de précisez le nom de votre spécialiste et sa spécialité :

……

……

……

……

Avez-vous, ou Avez-vous eu, l'une des pathologies suivantes :

Maladie cardiaque ou vasculaire : ☐ **OUI** ☐ **NON**

☐ infarctus ☐ endocardite ☐ arythmie
☐ hypertension ☐ angine de poitrine/coronarite
☐ valves ☐ stents
☐ cardiopathie congénitale ☐ autres :……

Maladie sanguine ou immunitaire : ☐ **OUI** ☐ **NON**

☐ anémie ☐ hémophilie ☐ HIV / SIDA
☐ immunodépression ☐ autres :……

Maladie respiratoire : ☐ **OUI** ☐ **NON**

☐ asthme ☐ silicose ☐ sinusites fréquentes
☐ bronchite chronique ☐ tuberculose
☐ toux / crachats ☐ syndrome d'apnée du sommeil
☐ autres : ……

Maladie digestive : ☐ **OUI** ☐ **NON**

☐ ulcère d'estomac ☐ reflux gastro-oesophagien
☐ anorexie / boulimie ☐ sécheresse buccale
☐ autres : ……

Maladie rénale : ☐ **OUI** ☐ **NON**

☐ insuffisance rénale ☐ autres : ……

Maladie hépatique : ☐ **OUI** ☐ **NON**

☐ insuffisance hépatique / cirrhose / jaunisse
☐ hépatite type : A – B – C ☐ autres :……

Maladie endocrinienne ou métabolique : ☐ **OUI** ☐ **NON**

☐ diabète ☐ cholestérol ☐ hyper/hypo-thyroïdie
☐ autres :……

Maladie neurologique ou psychologique : ☐ **OUI** ☐ **NON**

☐ AVC ☐ AIT ☐ épilepsie
☐ migraine ☐ anxiété ☐ dépression
☐ autres : ……

Maladie osseuse ou articulaire : ☐ **OUI** ☐ **NON**

☐ ostéoporose ☐ rhumatismes ☐ arthrose
☐ autres : ……

Maladie oculaire : ☐ **OUI** ☐ **NON**

☐ glaucome ☐ autres : ……

Maladie auditive : ☐ **OUI** ☐ **NON**

☐ surdité ☐ acouphènes ☐ vertiges
☐ autres : ……

Maladie cutanée : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Le ou lesquels ……

Avez-vous eu un cancer : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Le ou lesquels ……

Traité(s) par : ☐ chimiothérapie ☐ radiothérapie ☐ chirurgie

Avez-vous d'autres problèmes de santé : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Le ou lesquels ……

Confidentiel

Je soussigné(e)…… déclare avoir lu, compris et avoir répondu au questionnaire médical ci-dessus au meilleur de ma connaissance. Je m'engage à vous aviser de tout changement de mon état de santé.

Date : ……/……/……

Signature du patient : **Signature du Chirurgien-dentiste :**