



CABINET DENTAIRE
STALINGRAD

QUESTIONNAIRE MÉDICAL PATIENT Confidentiel

N° dossier (à remplir par le chirurgien-dentiste) : Date :

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 : Age : Sexe : M F

Taille : Poids :

Adresse e-mail : @ Profession :

Adressé et / ou recommandé par : un parent un ami un médecin annuaire téléphonique un dentiste autres :

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 :

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 ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Troubles cardiovasculaires : | <input type="checkbox"/> Allergies : |
| <input type="checkbox"/> Troubles rénaux : | <input type="checkbox"/> Troubles hormonaux : |
| <input type="checkbox"/> Troubles digestifs : | <input type="checkbox"/> Diabète : |
| <input type="checkbox"/> Troubles hépatiques (si hépatite précisez A, B ou C) : | <input type="checkbox"/> Troubles sanguins (ex anémie) : |
| <input type="checkbox"/> Troubles nerveux : | <input type="checkbox"/> Problème osseux ou articulaires : |
| <input type="checkbox"/> Dépression : | <input type="checkbox"/> Problème ORL : |
| <input type="checkbox"/> Troubles oculaires : | <input type="checkbox"/> Cancer : |
| <input type="checkbox"/> Troubles broncho-pulmonaires : | <input type="checkbox"/> Autres maladies ? |
| <input type="checkbox"/> Troubles cutanés : | Précisez lesquelles : |

- | | |
|---|---|
| Êtes-vous actuellement suivi par un médecin ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Prenez-vous actuellement des médicaments ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez lesquels : |
| Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement radio/chimiothérapique ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà eu des anesthésies dentaires ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Problèmes lors des anesthésies dentaires ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels : |
| Avez-vous eu des extractions dentaires ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Problèmes lors des extractions dentaire ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels : |

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

- | | | | | |
|--|---|------------------------------------|--|---|
| Êtes-vous enceinte ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Allaitiez-vous ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Êtes-vous fumeur ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis combien de temps ? | Combien de cigarettes/jour ? | | |
| Si non, avez-vous été fumeur ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Depuis quand avez-vous arrêté ? | | |
| Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes avec l'alcool ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Si oui, avec quel type de drogue ? | | |
| Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de toxicomanie ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Si oui, lequel ? | | |
| Êtes-vous sous traitement contre l'ostéoporose ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Comprimé | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ou injection | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Nom et adresse de votre médecin traitant : | Signature : | | | |