

QUESTIONNAIRE MÉDICALE CONFIDENTIEL

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

Mme Melle M. Nom : Prénom :
Date de naissance : Profession:
Adresse :
Tél. : Vous êtes adressé par :
Numéro de Sécurité Sociale : _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _
Etes-vous bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle (CMU) : Oui Non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom du médecin traitant :
Etes-vous en cours de traitement ? Oui Non
Prenez-vous des médicaments ? Oui Non
(Si OUI mettre la liste au dos de la feuille, en lettre capitale)
Êtes-vous fumeur ? Oui Non

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU UNE DES AFFECTIONS SUIVANTES?

Cardiaque Oui Non
Hypertension Oui Non
Nerveuse Oui Non
Respiratoire Oui Non
Diabète - hépatite - Tuberculose - jaunisse Oui Non
Désordre sanguin Oui Non
Saignement excessif Oui Non
Rhumatisme articulaire aigu - souffle au cœur Oui Non
Rhumatisme ou arthrite Oui Non

Autre :
.....

Allergies

Aux pénicillines
A l'aspirine
A d'autres médicaments
A d'autres produits
Quel type d'allergie ?
Complication de cicatrisation ? Oui Non
Avez-vous déjà subi une anesthésie générale? Oui Non
Avez-vous déjà subi une anesthésie locale? Oui Non
Avez-vous eu une complication à une anesthésie Oui Non
Hépatique ou rénale Oui Non
Traitement par rayon X ou Cobalt - tumeur Oui No

DATE :

SIGNATURE :