

QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GÉNÉRAL

NOM : Prénom :
Né(e) le :/...../.....
Adresse :
N° de tel mobile:.....
Adresse email.....
N° de sécurité sociale.....
Profession :
Avez-vous une mutuelle oui ☐ non ☐
Adressé par :
Médecin traitant :
Quel est le motif de votre consultation ?
.....

Fumez-vous ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, combien de cigarettes par jour ?
Etes-vous un ancien fumeur, si oui, date d'arrêt ?
Ancienne consommation ?

Consommez-vous de l'alcool ? Oui ☐ Non ☐
Nombre de verres :
par jour Depuis combien de temps ?
par semaine Depuis combien de temps ?

Faites-vous du sport..... Depuis combien de temps ?
Suivez-vous actuellement un régime ? Oui ☐ Non ☐
Mangez-vous bien ? Oui ☐ Non ☐
Dormez-vous bien ? Oui ☐ Non ☐

Utilisez-vous un moyen de contraception ? Oui ☐ Non ☐
Lequel ?
Avez-vous été vacciné dernièrement ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, quel vaccin ?

CHIRURGIEN DENTISTE :

L'exécution des soins engage la responsabilité du Dr Il existe des interactions médicamenteuses. Afin de vous éviter tout risque d'accidents médicaux, nous vous remercions par avance de votre bonne coopération pour le questionnaire médical suivant qui est strictement confidentiel.

Poids : Taille : Groupe sanguin : Tension artérielle :

Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Oui ☐ Non ☐
Avez-vous déjà eu une maladie importante ? Oui ☐ Non ☐
Si Oui, laquelle ?

Avez-vous déjà été soigné(e) pour le coeur ? Oui ☐ Non ☐
Si Oui, pour : Tachycardie ☐ Arythmie ☐ Angine de poitrine ☐ Infarctus ☐

Avez-vous été soigné(e) pour hypertension artérielle ? Oui ☐ Non ☐
Si Oui, quel traitement ?

Avez-vous déjà été soigné(e) pour l'hypotension artérielle ? Oui ☐ Non ☐
Si Oui, quel traitement ?

Etes-vous porteur d'une pile cardiaque ? Oui ☐ Non ☐
Etes-vous porteur d'une prothèse (valve, articulation)? Oui ☐ Non ☐
Votre médecin vous a-t-il demandé de prendre un antibiotique avant chaque soin dentaire ? Oui ☐ Non ☐
Etes-vous sujet à des vertiges, pertes de connaissance ? Oui ☐ Non ☐
Avez-vous eu une maladie rénale ou urinaire ? Oui ☐ Non ☐
Avez-vous eu une hépatite ? Oui ☐ Non ☐
Etes-vous porteur du virus HIV ? Oui ☐ Non ☐
Saignez-vous anormalement, lors de petits traumatismes ? Oui ☐ Non ☐

TRAITEMENT EN COURS

Etes-vous diabétique ? Type I ☐ Type II ☐ Non ☐

Y-a-t-il eu des antécédents de diabète dans votre famille

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous été soigné(e) pour des troubles neurologiques ?

Oui ☐ Non ☐ (Ex : Convulsions, épilepsie, AVC..)

Avez-vous eu des problèmes digestifs ou gastriques ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous été soigné(e) pour un glaucome ou une hypertension des yeux ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous eu une pathologie psychiatrique

ou neurologique nécessitant la prise de médicament ?

Oui ☐ Non ☐

Etes-vous allergique (cutanée, latex, respiratoire) ?

Oui ☐ Non ☐

Quelle origine ?

Avez-vous déjà été opéré ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, quelles interventions et à quelles dates ?

Faites-vous l'objet d'une surveillance radiologique ou biologique ?

Oui ☐ Non ☐

Date du dernier examen :

Résultats :

Anti-inflammatoire ☐

Antidouleur ☐

Aspirine ☐

Hormones ☐

Anticoagulant ☐

Antihypertenseur ☐

Antidépresseur ☐

Contraceptifs oraux ☐

Antidiabétique ☐

Antibiotique ☐

Merci de préciser le nom des médicaments que vous prenez régulièrement :

Nom des médicaments

Dosage

Pris depuis

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Suivez-vous un traitement contre l'ostéoporose?

Oui ☐ Non ☐

Suivez-vous un traitement de prévention des risques de fractures à base de comprimé ou injection annuelle (type Bonviva®, Actonel®, Fosamax®, Xgeva®, Prolia®)

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous déjà eu une réaction particulière à un traitement ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous reçu un traitement à la cortisone ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous déjà eu une anesthésie locale et l'avez-vous bien supportée ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous déjà eu une anesthésie générale et l'avez-vous bien supportée ?

Oui ☐ Non ☐

Y a-t-il eu des complications liées à l'anesthésie ?

Oui ☐ Non ☐

REMARQUES PARTICULIERES :

.....

ETAT DENTAIRE ET PARODONTAL

Nom du chirurgien-dentiste :

Date de la dernière consultation chez votre chirurgien-dentiste :

Aujourd'hui, avez-vous une gêne : Oui ☐ Non ☐

Un problème esthétique : Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des difficultés, à manger : Oui ☐ Non ☐

Souffrez-vous des gencives ?

Vos gencives saignent-elles lors du brossage ?

Avez-vous l'impression que vos dents se soient écartées, déplacées ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous l'impression que vos dents bougent ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous l'impression d'avoir mauvaise haleine ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous la bouche sèche ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous l'habitude de tenir entre vos dents des objets tels que crayon, trombone, etc.? Oui ☐ Non ☐

Serrez-vous les dents la nuit ? Oui ☐ Non ☐

Grincez-vous des dents ? La nuit ? Oui ☐ Non ☐ Le jour ? Oui ☐ Non ☐

Des membres de votre famille proche ont-ils perdu des dents à cause d'un problème de gencive ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous reçu un traitement orthodontique ? (appareil dentaire, bagues...) Oui ☐ Non ☐

Avez-vous reçu un traitement parodontal ? (surfaçages, chirurgies, assainissements, greffes) Oui ☐ Non ☐

Portez-vous une prothèse mobile ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous déjà réalisé un cliché radiologique des dents ? Oui ☐ Non ☐

Combien de fois par jour brossez-vous vos dents : 1 fois ☐ 2 fois ☐ 3 fois ☐ Plus ☐

Quel type de brosse à dent utilisez-vous ? (manuelle, électrique, souple, médium, dure) :

Utilisez-vous un fil dentaire : Oui ☐ Non ☐ des bâtonnets Oui ☐ Non ☐ des brossettes inter-dentaires : Oui ☐ Non ☐ autre ?

Avez-vous perdu certaines de vos dents ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, quelle en est la cause ? :

Date de votre dernier détartrage ? (6 mois, 1 an, 2 ans ou plus) :

Sur une échelle de 1 (mauvais) à 10 (parfait) comment évaluez-vous votre état dentaire?

Apparence	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Santé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Confort	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fonction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Signature patient :

Date :

une douleur : Oui ☐ Non ☐

à dormir : Oui ☐ Non ☐

à parler : Oui ☐ Non ☐

Oui ☐ Non ☐

Oui ☐ Non ☐

Oui ☐ Non ☐

Oui ☐ Non ☐

Oui ☐ Non ☐

Oui ☐ Non ☐

Quelles sont vos priorités ?

Autres éléments à signaler à votre chirurgien-dentiste ne faisant pas partie de cette liste :