

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Mme Mr Enfant NOM : Prénom :
Date de naissance : Profession :
Motif de la consultation :
Date de votre dernière visite chez le dentiste :

BILAN MÉDICAL :

Nom de votre médecin traitant : Ville :

Cochez la case si vous avez actuellement, ou eu par le passé, une ou plusieurs de ces affections :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Maladie du foie |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque, valvulaire | <input type="checkbox"/> Hépatite A, B, C |
| <input type="checkbox"/> Perte de connaissance | <input type="checkbox"/> Infarctus | <input type="checkbox"/> Maladie des reins |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs | <input type="checkbox"/> Pace-maker | <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire |
| <input type="checkbox"/> Diabète (type I ou II) | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV |
| <input type="checkbox"/> Ulcères de l'estomac | <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Prothèses (autre que dentaire) |
| <input type="checkbox"/> Problème de thyroïde | <input type="checkbox"/> Hémophilie | <input type="checkbox"/> Cancer (chimio, radiothérapie) |
| <input type="checkbox"/> Sinusites à répétition | <input type="checkbox"/> Autres maladies : | |

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Oui Non

Si oui, lesquels :

Êtes-vous allergiques à certains produits ou médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels :

Êtes-vous fumeur ? (nombre de cigarettes/jour) Oui Non

Êtes-vous enceinte ? (de combien de mois) Oui Non

Avez-vous déjà pris des Bisphosphates ? Oui Non

(Bonviva, Fosavance, Fosamax, Aclasta, Bondronat, Didronel, Aredia, Zometa, Clastoban, Actonel...)

BILAN DENTAIRE :

Brossage avec une brosse à dents ? Souple Médium Dure | et | matin midi soir

En complément du brossage, utilisez-vous de fil interdentaire ou des brossettes interdentaires ? Oui Non

Vos gencives saignent-elles au brossage ou spontanément ? Oui Non

Avez-vous des dents extraites ? pour caries abcès déchaussement dent de sagesse Oui Non

Avez-vous des dents sensibles ? au chaud au froid au sucre aux acides à la mastication

Pensez-vous serrer les mâchoires ou grincer des dents ? Oui Non

Avez-vous des craquements ou douleurs à l'ouverture et fermeture de la mâchoire ? Oui Non

Portez-vous un ou des appareils amovibles ? (depuis quelle année) Oui Non

Lors des précédentes visites chez le dentiste, avez-vous rencontré des difficultés particulières ?

Si oui, lesquelles :

*À ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces informations et n'avoir rien omis.
En cas de modification(s) de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales,
je m'engage à en informer mon praticien immédiatement ou lors du rendez-vous suivant.*

À le

Signature :