

QUESTIONNAIRE MÉDICAL adulte

Nom et Prénom du patient :

.....

Date de naissance : / /

Sexe : F M

Poids : Kg

Taille :

Nom du Dentiste traitant :

Nom du Médecin traitant :

Le patient présente t-il ou a-t'il présenté une ou des pathologies suivantes

Si oui merci de cochez la case et de précisez

- Pathologie chronique ou affection de longue durée
- Maladie héréditaire
- Troubles de croissance
- Troubles hormonaux
- Troubles posturaux
- Troubles ostéo-articulaires
- Troubles neurologiques
- Épilepsie
- Pathologie cardiaque
- Pathologie rénale
- Troubles de coagulation
- Troubles alimentaire
- Diabète
- Maladie virale
- Pathologie pulmonaire
- Asthme
- Pathologie Tumorale

Le patient est-il allergique ?

- Médicaments ➤ Métaux
- Pollens ➤ Latex
- Autres

Le patient est-il sujet aux problèmes ORL ?

- Rhumes Ronflements nocturnes Difficultés respiratoires
- Sinusite Angines Autres
- Otitites Apnées du sommeil
- Votre respiration est-elle ? Nasale Buccale

Le patient a-t-il été opéré ?

Amygdales	<input type="checkbox"/>	Végétations	<input type="checkbox"/>	Paracentèse	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------

Le patient a-t-il subi un traumatisme ?	Facial	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input type="checkbox"/>
--	--------	--------------------------	----------	--------------------------

Dernière visite chez votre dentiste			
<input type="checkbox"/> 0 - 6 mois	<input type="checkbox"/> 6 - 12 mois	<input type="checkbox"/> + 12 mois	Précisez :
Actes effectués lors de votre dernière visite :			
Vos dents de sagesse ont-elles été extraites ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Vos gencives saignent-elles fréquemment ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Brossage, alimentation ?			
Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Entendez-vous des craquements lorsque vous ouvrez la bouche ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Serez-vous ou grincez-vous des dents ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	

Le patient a déjà reçu les traitements ou soins dentaires suivants :					
Traitement des gencives :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Implants dentaires :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Traitement d'orthodontie :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Couronne ou bridge :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Traitement de canal :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Obturations :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Prothèses complètes ou partielles :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui			
Autres - précisez :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui			

Prenez-vous actuellement des médicaments ?
Si oui, lesquels et depuis combien de temps <input type="checkbox"/>

Vos habitudes		
Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Nombre de cigarettes par jour :
Consommez-vous plus de 2 verres d'alcool par jour ?		
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	

Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Accouchement prévu le :
----------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------

Avez-vous d'autres problèmes à nous signaler ?
.....

Nous attirons votre attention sur l'importance de nous informer tout nouveau problème médical survenant au cours de traitement.

Date :

Signature :

Pour la tenue de chaque dossier, nous utilisons un support informatisé, protégé selon les normes de sécurité en vigueur.

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 et le règlement général de protection des données vous donnent un droit d'accès, de portabilité et de rectification. N'hésitez pas à en parler.