

QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT CONFIDENTIEL

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) du patient :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél. domicile : Tél. bureau : Portable :
Date de naissance : Age : Sexe : M ☐ F ☐
Adresse e-mail :
Profession :
Adressé et/ou recommandé par : un parent ☐ un ami ☐ un docteur ☐ annuaire téléphonique ☐
Autre :

Raison de la visite

Quel est le motif de la consultation ?
Date approximative du dernier examen dentaire (ou soins dentaires) :
Date approximative de vos dernières radiographies complètes de la bouche :

Questionnaire de santé

	Oui	Non		Oui	Non
Etes-vous en bonne santé ?	☐	☐	Arthrose (préciser zone)	☐	☐
Troubles cardiaques	☐	☐	Troubles cutanés	☐	☐
Troubles vasculaires/sanguins	☐	☐	Allergies	☐	☐
Troubles rénaux	☐	☐	Si oui, précisez lesquelles :		
Troubles digestifs	☐	☐			
Troubles hépatiques	☐	☐	Troubles glandulaires/hormonaux	☐	☐
Troubles nerveux/épilepsie	☐	☐	SIDA / HIV+	☐	☐
Troubles pulmonaires / asthme	☐	☐	Hépatite	☐	☐
Troubles oculaires	☐	☐	Tuberculose	☐	☐
Diabète	☐	☐	Cancer	☐	☐
Rhumatisme articulaire aigu	☐	☐	Autre maladie(s) ?		

Suivez-vous un traitement médical en ce moment ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, pour quelle(s) raison(s) et avec quel(s) médicament(s) :
.....

Renseignements complémentaires

Etes-vous fumeur ? Oui ☐ Non ☐ Si oui : cigarettes / jour depuisannées
Souffrez-vous de dépendance ? (Alcool, drogue, médicaments...) Oui ☐ Non ☐
Si oui, laquelle et à quelle fréquence ?
Avez-vous été traité par radiothérapie ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, date et localisation :
Avez-vous eu des saignements prolongés après une extraction chirurgicale ? Oui ☐ Non ☐
Etes-vous sous traitement par biphosphonates ?
(ex : Aclasta®, Actonel®, Fosamax®, Fosavance®, Bonviva®, Optrum®,...) Oui ☐ Non ☐
Etes-vous satisfait de la teinte de vos dents ? Oui ☐ Non ☐
Si non, souhaitez-vous les éclaircir ? Oui ☐ Non ☐
Avez-vous des aliments régulièrement coincés entre les dents ? Oui ☐ Non ☐
Grincez-vous des dents ou serrez-vous les mâchoires ? Oui ☐ Non ☐
Vos gencives saignent-elles ? Oui ☐ Non ☐
Etes-vous craintif face aux traitements dentaires ? Oui ☐ Non ☐
Quelles sont les raisons qui vous ont empêchées de recevoir les traitements dentaires dont vous auriez eu besoin ?
Manque d'intérêt ☐ Non disponibilité à cause du travail ☐ Coût des traitements ☐
Peur de la douleur ☐ Manque de confiance dans les praticiens consultés ☐
Nom et adresse du médecin traitant :

N° CAFAT :

NOM de la mutuelle :

N° AMG B ou C (Rayer la mention inutile) :

Merci de nous signaler tout changement concernant votre état de santé
Et/ou vos traitements médicaux

Date :

Signature :