



CABINET DENTAIRE  
STALINGRAD

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL PATIENT Confidentiel

N° dossier (à remplir par le chirurgien-dentiste) : ..... Date : .....

*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) : ..... Tél. domicile : .....

Adresse : ..... Tél. bureau : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Tél. portable : .....

Date de naissance : ..... Age : ..... Sexe : M  F

Taille : ..... Poids : .....

Adresse e-mail : ..... @ ..... Profession : .....

Adressé et / ou recommandé par : un parent  un ami  un médecin  annuaire téléphonique  un dentiste  autres : .....

Êtes-vous personnellement assuré : Oui  Non

Numéro de Sécurité Sociale : ..... Avez-vous la CMU : Oui  Non

Si vous n'êtes pas personnellement assuré, nom et prénom de l'assuré : .....

Numéro de Sécurité Sociale : .....

Informations  Visite de contrôle  Plombage brisé  Carie  Dents, gencives sensibles  dent fracturée  Détartrage

Douleur  Prothèse dentaire  Autre  Précisez : .....

Date du dernier examen dentaire (ou soins dentaires) : .....

## AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Troubles cardiovasculaires : .....                           | <input type="checkbox"/> Allergies : .....                       |
| <input type="checkbox"/> Troubles rénaux : .....                                      | <input type="checkbox"/> Troubles hormonaux : .....              |
| <input type="checkbox"/> Troubles digestifs : .....                                   | <input type="checkbox"/> Diabète : .....                         |
| <input type="checkbox"/> Troubles hépatiques (si hépatite précisez A, B ou C) : ..... | <input type="checkbox"/> Troubles sanguins (ex anémie) : .....   |
| <input type="checkbox"/> Troubles nerveux : .....                                     | <input type="checkbox"/> Problème osseux ou articulaires : ..... |
| <input type="checkbox"/> Dépression : .....   | <input type="checkbox"/> Problème ORL : .....                    |
| <input type="checkbox"/> Troubles oculaires : .....                                   | <input type="checkbox"/> Cancer : .....                          |
| <input type="checkbox"/> Troubles broncho-pulmonaires : .....                         | <input type="checkbox"/> Autres maladies ? .....                 |
| <input type="checkbox"/> Troubles cutanés : .....                                     | Précisez lesquelles : .....                                      |

- |   |   |
|---|---|
| Êtes-vous actuellement suivi par un médecin ?                         | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                                   |
| Prenez-vous actuellement des médicaments ?                            | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez lesquels : ..... |
| Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement radio/chimiothérapique ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                                   |
| Avez-vous déjà eu des anesthésies dentaires ?                         | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                                   |
| Problèmes lors des anesthésies dentaires ?                            | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels : .....          |
| Avez-vous eu des extractions dentaires ?                              | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                                   |
| Problèmes lors des extractions dentaire ?                             | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels : .....          |

## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

- |  |   |                                    |  |   |
|--|---|------------------------------------|--|---|
| Êtes-vous enceinte ?                                     | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   | Allaitiez-vous ?                   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>              |   |
| Êtes-vous fumeur ?                                       | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis combien de temps ? ..... | Combien de cigarettes/jour ?       | .....  |   |
| Si non, avez-vous été fumeur ?                           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   | Depuis quand avez-vous arrêté ?    | .....  |   |
| Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes avec l'alcool ?  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   | Si oui, avec quel type de drogue ? | .....  |   |
| Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de toxicomanie ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   | Si oui, lequel ?                   | .....  |   |
| Êtes-vous sous traitement contre l'ostéoporose ?         | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   | Comprimé                           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ou injection | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Nom et adresse de votre médecin traitant : .....         | Signature : .....   |                                    |  |   |