

LE QUESTIONNAIRE MEDICAL

Pour éviter les interférences entre soins buccodentaires et traitements

Le questionnaire médical est indispensable avant toute prise en charge dans notre cabinet, il permet de mieux cerner vos antécédents médicaux.

LE QUESTIONNAIRE MEDICAL

LE QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom:
Prénom:
Date de naissance:
Adresse e mail:
CMU oui non
Adressé par:
N° de sécu:
Comment avez-vous connu le cabinet?
Dentiste Amis Internet Pages jaunes

Adresse:
CP
Ville
Tel domicile:
Tel Portable:
Tel professionnel:
Mon dentiste Dr.
Ville du dentiste
Antécédents dentaires (traumatisme, traitement d'orthodontie):

1- Quel est le motif de la consultation?
.....

2- Etes vous en bonne santé? oui non

3- Etes vous suivi(e) par un médecin?
oui non
Si oui, pour quel motif?

4- Avez-vous déjà été hospitalisé? oui non
Si oui, pour quel motif?

5- Avez-vous été traité(e) par radiothérapie?
oui non
Si oui, pour quel motif?

6- Prenez-vous des médicaments?
oui non
Si oui, lesquels?

7- Etes vous allergique à des médicaments ou des produits? oui non
Si oui, lesquels?

8- Etes vous fumeur? oui non
Si oui, combien de cigarettes par jour?

9- Avez-vous ou avez-vous eu une de ces maladies? **Entourer si oui**
Maladie du sang, Maladie du foie, Hépatite B ou C
Maladie cardio-vasculaire, Maladie de la peau,
Maladie de l'estomac, Maladie de l'intestin,
Maladie des reins, Epilepsie, Rhumatisme (RAA)
Diabète!, Maladie de la glande thyroïde, Maladie
des poumons, Asthme, Cancer, Maladie des yeux,
Maladie du nez/gorge/oreilles, Déficit immunitaire
(HIV)

10- Avez-vous eu une greffe de dure-mère?
oui non

11- Avez-vous de l'hypertension?
oui non

12- Avez-vous de l'hypotension?
oui non

13- Avez-vous déjà eu des pertes de
connaissance? oui non

14- Avez-vous déjà eu une anesthésie locale?
oui non
Si oui, cela vous a-t-il provoqué une réaction
anormale?! oui non
Laquelle?

17- Etes-vous enceinte? oui non

18- Avez- vous d'autres informations médicales à
communiquer? oui non
Si oui, lesquelles?

Date:
Signature du patient ou du responsable légal
(nom, prénom):



Risque-vous de faire des apnées du sommeil ?

Ce risque augmente avec l'âge et si vous êtes un homme

Répondez au Questionnaire de Berlin : évaluation du sommeil

Complétez votre taille _____ votre poids _____ votre âge _____ votre sexe _____

Catégorie 1

1. Est-ce que vous ronflez ?

- oui
 non
 je ne sais pas

Si vous ronflez ?

2. Votre ronflement est-il ?

- Légèrement plus bruyant que votre respiration aussi bruyant que votre voix lorsque vous parlez
 plus bruyant que votre voix lorsque vous parlez
 très bruyant, on vous entend dans les chambres voisines

3. Combien de fois ronflez vous ?

- Presque toutes les nuits
 3 à 4 nuits par semaine
 1 à 2 nuits par semaine
 1 à 2 nuits par mois
 jamais ou presque aucune nuit

4. Votre ronflement a-t-il déjà dérangé quelqu'un d'autre ?

- oui
 non

5. A-t-on déjà remarqué que vous cessiez de respirer durant votre sommeil ?

- Presque toutes les nuits
 3 à 4 nuits par semaine
 1 à 2 nuits par semaine
 1 à 2 nuits par mois
 jamais ou presque aucune nuit

Catégorie 2

6. Combien de fois vous arrive-t-il de vous sentir fatigué ou las après votre nuit de sommeil ?

- Presque tous les matins
 3 à 4 matins par semaine
 1 à 2 matins par semaine
 1 à 2 matins par mois
 jamais ou presque jamais

7. Vous sentez-vous fatigué, las ou peu en forme durant votre période d'éveil ?

- Presque toutes les jours
 3 à 4 jours par semaine
 1 à 2 jours par semaine
 1 à 2 jours par mois
 jamais ou presque jamais

8. Vous est-il arrivé de vous assoupir ou de vous endormir au volant de votre véhicule ?

- oui
 non

Si oui, à quelle fréquence cela vous arrive-t-il ?

- Presque tous les jours
 3 à 4 jours par semaine
 1 à 2 jours par semaine
 1 à 2 jours par mois
 jamais ou presque jamais

Catégorie 3

9. Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?

- oui
 non
 je ne sais pas

INDICE IMC = _____ (voir tableau)

Evaluation des Questions :

n'importe quelle réponse à l'intérieur d'un cadre est une réponse positive

Evaluation des Catégories :

La catégorie 1 est positive avec au moins 2 réponses positives aux question 1 à 5

La catégorie 2 est positive avec au moins 2 réponses positives aux question 6 à 8

La catégorie 3 est positive avec au moins 1 réponse positive et/ou un IMC > 30

Résultat final

Au moins 2 catégories positives indiquent une forte probabilité d'apnée du sommeil

Indice de Masse Corporelle IMC

		Poids en kilogrammes													
Taille en centimètres	147	41	44	45	48	50	52	54	56	59	61	63	65	76	87
	150	43	45	47	49	52	54	56	59	60	63	65	67	78	90
	152	44	46	49	51	54	56	58	60	63	65	68	69	81	93
	155	45	48	50	53	55	58	60	62	65	67	69	72	84	96
	157	47	49	52	54	57	59	62	64	67	69	72	74	87	99
	160	49	51	54	56	59	61	64	67	69	71	74	77	89	102
	163	50	53	55	58	61	64	66	68	71	74	76	79	93	106
	165	52	54	57	60	63	65	68	69	73	76	79	82	95	109
	168	54	56	59	62	64	67	70	73	76	78	81	84	98	112
	170	55	58	61	64	67	69	72	73	78	81	84	87	101	116
	173	57	59	63	65	68	72	74	78	80	85	86	89	104	119
	175	58	61	64	68	70	73	77	80	83	86	89	92	108	122
	178	60	63	66	69	73	76	79	82	85	88	92	95	113	126
	180	62	65	68	71	75	78	81	84	88	91	94	98	113	130
	183	64	67	70	73	77	80	83	87	90	93	97	100	117	133
	185	65	68	72	75	79	83	86	89	93	96	99	103	122	137
188	67	70	74	78	81	85	88	92	95	99	102	106	123	141	
191	69	73	76	80	83	87	91	94	98	102	105	109	127	145	
193	71	74	78	82	86	89	93	97	100	104	108	112	130	149	

19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	35	40
Indice de Masse Corporelle (IMC)													

Valeurs normales entre 18.5 et 25

Instructions

1. Regardez la colonne de gauche pour trouver votre taille en centimètres
2. Trouvez le nombre le plus proche de votre poids sur la même ligne horizontale que celle de votre taille
3. Votre IMC apparait en bas de la colonne où se trouve votre poids
4. Reportez votre indice IMC dans le cadre de la catégorie 3