

# 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.

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? .....

Quand? .....

5- Avez-vous été traité(e) par radiothérapie? .....  
oui  non

Si oui, pour quel motif? .....

Quand? .....

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): .....

LE QUESTIONNAIRE MEDICAL

LE QUESTIONNAIRE MEDICAL

