

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

Ce questionnaire, **strictement confidentiel**, fait parti de votre dossier médical

<b>NOM:</b>	Date de naissance . . / . . / . . . .
<b>Prénom:</b>	Profession:
Adresse	
Téléphone fixe ...../...../...../.....	Téléphone portable ...../...../...../.....
Adresse mail	
Motif de votre consultation	
Vous êtes adressé par	

<b>Nom du médecin traitant</b>	Poids:	Taille:
--------------------------------	--------	---------

**Avez-vous été/ êtes-vous atteint par l'une de ces maladies?**

Maladie cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Hypertension	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Maladie du sang	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie de l'estomac ou de l'intestin	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Ulcère	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	VIH	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie des reins	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Cancer	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Maladie neurologique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie des poumons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Epilepsie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie de la thyroïde	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Hépatite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Maladie osseuse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie des yeux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Etes-vous allergique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, à quelles substances?					
Avez-vous eu une réaction après une anesthésie?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Etes-vous enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Fumez-vous?	Depuis quand		Nombre de cigarettes par jour:					

**Quels médicaments prenez vous actuellement ?**

<b>Avez-vous le COVID19?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Avez-vous un proche atteint du COVID19	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu le COVID19	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Etes-vous vacciné contre la COVID19	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**Avez-vous présenté ou présentez-vous des symptômes du COVID 19?**

Un état grippal	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Fièvre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Des troubles digestifs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Des maux de tête	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Un mal de gorge	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Toussez-vous	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Respirez-vous difficilement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Le goût est-il altéré	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	L'odorat est-il altéré	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**Etat dentaire:** Date de la dernière consultation:

Avez-vous ?	un souci esthétique	une douleur	une gêne
Avez-vous eu un saignement prolongé par exemple après une extraction ?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

**Avez-vous l'impression que**

vous avez mauvaise haleine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	vos dents bougent	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	vos gencives saignent	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
vous grincez des dents	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	vos dents sont sensibles au chaud ou au froid			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Avez-vous d'autres éléments à nous signaler ?

Nous autorisez-vous à réaliser les examens complémentaires et les radiographies nécessaires au diagnostic ?

Souhaitez vous être rappelé pour vos rendez-vous de contrôle?

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus me concernant. Je confirme avoir compris les modalités de prise en charge pour mes soins dentaires. En conséquence, je donne mon consentement éclairé à la réalisation des soins et je m'engage à respecter les consignes qui m'ont été données et à respecter les rendez-vous qui me seront consacrés ainsi que les modalités de paiement.

**Date:** **Signature:**

