

# 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

### Parent:

Nom: .....

Prénom: .....

Date de naissance: .....

Adresse e mail: .....

CMU  oui  non

Adressé par: .....

N° de sécu du parent: .....

Comment avez-vous connu le cabinet?

Dentiste  Amis  Internet  Pages jaunes

### Patient:

Nom: .....

Prénom: .....

Sexe: M  F

Adresse: .....

..... Ville .....

Tel domicile: .....

Tel Portable: .....

Tel professionnel: .....

Date de naissance: .....

Mon dentiste: Dr .....

N° de sécu du patient: .....

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):