



# LE QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Ce questionnaire médical est fait pour éviter les interférences entre soins bucco-dentaires et traitements ou pathologies en cours. Il intégrera par la suite votre dossier médical. Vos informations sont protégées par le secret professionnel. Merci de le remplir consciencieusement et avec attention.

Nous vous remercions de bien vouloir nous faire savoir tout changement de situation de santé ou de traitement.

# questionnaire

- Nom : .....
- Prénom : .....
- Date de naissance : .....
- Adresse : .....

.....

- Portable : .....
- M@il : .....
- Profession : .....
- Adressé par : .....
- Avez-vous une mutuelle ?  OUI  NON
- Êtes-vous bénéficiaire de la Couverture  
Maladie Universelle ?  OUI  NON  
*(Si oui merci de présenter votre attestation  
en cours de validité.)*
- Année de votre dernier contrôle dentaire : .....

- Brosage des dents :  0  1  2  3  
fois par jour et pendant :

- < 1 min  1 min  2 min
- électrique  manuel

- Avez-vous les gencives qui saignent  
au brossage ?  OUI  NON
- Quel est le motif de votre consultation :
- Une douleur
- Un contrôle/détartrage
- Des soins
- Des renseignements pour de la prothèse
- Esthétique
- Des implants
- Déchaussement des dents

- Êtes-vous en bonne santé ?

OUI  NON

- Nom et ville de votre médecin traitant :

.....

- Nom et ville de votre médecin spécialiste :

.....

- Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?

OUI  NON

Si oui, pour quel motif : .....

Quelle année ? .....

- Prenez-vous des médicaments ?

OUI  NON

Si oui lesquels ? .....

*(ou présenter votre ordonnance)*

- .....

- .....

- .....

- Êtes-vous allergique à des médicaments ?

OUI  NON

Si oui lesquels ? .....

- Êtes-vous fumeur ?  OUI  NON

Combien par jour ? .....

- Êtes-vous enceinte ?  OUI  NON

Date de grossesse : .....

- Allaitiez-vous ?  OUI  NON

- Si vous venez pour une douleur, vous

êtes-vous automédiqué ?  OUI  NON

Si oui, qu'avez-vous pris ? .....

# questionnaire

- Avez-vous pris des anti-inflammatoires durant ce dernier mois (aspirine, advil, nurofen, ibuprofène, nifluril, surgam, biprofénid...)  OUI  NON  
Si oui lesquels ? .....
- Prenez-vous des corticoïdes au long cours ?  
 OUI  NON
- Êtes-vous sujet aux ulcères d'estomac ?  
 OUI  NON
- Avez-vous pris des anti-dépresseurs durant ce dernier mois ?  OUI  NON  
Si oui lesquels ? .....
- Êtes-vous traité par des anti-agrégants plaquettaires (kardégic, plavix, clopigrodel)  
 OUI  NON
- Êtes-vous traité(e) par des anticoagulants (previscan, lovenox)  OUI  NON
- Avez-vous eu une de ces maladies ?
  - Maladie du sang  
 OUI  NON
  - Diabète  
 OUI  NON  
Si oui :  type 1  type 2
  - Insuffisance hépatique  
 OUI  NON
  - Hépatite B ou C  
 OUI  NON
  - Infarctus du myocarde  
 OUI  NON Si oui, date : .....
  - Insuffisance cardiaque  
 OUI  NON
  - Troubles du rythme cardiaque (arythmie)  
 OUI  NON
  - Accident vasculaire cérébral  
 OUI  NON Si oui, date : .....
  - Œdème pulmonaire  
 OUI  NON
  - Cancer  
 OUI  NON  
Si oui, quel site ? .....
  - Si oui :  radiothérapie  chimiothérapie
  - Ostéoporse  
 OUI  NON  
Si oui, quel traitement ? .....
  - Maladie de l'estomac ou de l'intestin  
 OUI  NON
  - Maladie ophtalmique  
 OUI  NON
  - Maladie rénale  
 OUI  NON Si oui, dialyse

- Rhumatismes articulaires aigus  
 OUI  NON
- Épilepsie  
 OUI  NON
- Maladie de la glande thyroïde  
 OUI  NON
- Maladie des poumons  
 OUI  NON
- Asthme  
 OUI  NON
- VIH  
 OUI  NON
- Alcoolisme chronique  
 OUI  NON
- Usage de cannabis  
 OUI  NON
- Usage d'autres stupéfiants  
 OUI  NON
- Troubles psychotiques  
 OUI  NON
- Maladie dégénérative (Alzheimer, Parkinson)  
 OUI  NON
- Êtes-vous porteur d'une greffe ?  
 OUI  NON
- Êtes-vous porteur d'une prothèse osseuse ?  
 OUI  NON
- Êtes-vous porteur d'une prothèse valvulaire ou cardiaque ?  
 OUI  NON
- Avez-vous une tension trop basse ?  
 OUI  NON
- Avez-vous une tension trop élevée ?  
 OUI  NON
- Avez vous un réflexe nauséeux important ?  
 OUI  NON
- Avez-vous eu une réaction anormale lors d'une anesthésie locale ?  
 OUI  NON
- Avez-vous déjà eu un saignement prolongé après une extraction dentaire ?  
 OUI  NON
- Vous sentez-vous très anxieux face aux soins dentaires ?  
 OUI  NON
- Avez-vous d'autres informations médicales à communiquer ? .....
- .....
- .....
- .....

Merci de bien vouloir transmettre ce questionnaire à notre assistante avec votre carte Vitale et de mutuelle dès que vous avez terminé.

Date :

Signature :