



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.

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

- Portable :
- M@il :
- Profession :
- Adressé par :
- Avez-vous une mutuelle ? ☐ OUI ☐ NON
- Êtes-vous bénéficiaire de la C2S OU CMU ? ☐ OUI ☐ NON

(Si oui merci de présenter votre attestation en cours de validité.)

- Année de votre dernier contrôle dentaire :

- Brossage 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
- Souffrez-vous d'hypersensibilité des dents ? ☐ 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 sujet aux rhinites allergiques saisonnières ? ☐ OUI ☐ NON

- 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 ?

- Avez vous eu un traitement orthodontique (alignement des dents) ? ☐ OUI ☐ NON

questionnaire

* Le Cabinet dentaire de Bonnieux procède à un traitement de vos données personnelles sur le fondement de l'article 6.1.a du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données, ou RGPD). Vous avez consenti à faire partie de nos patients, vous pouvez à tout moment demander votre désinscription en écrivant à cabinetdentairebonnieux@gmail.com.
Conformément au RGPD et à la loi n° 78-du-6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi informatique et libertés), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement des données vous concernant. Vous pouvez également demander la limitation du traitement de vos données, retirer votre consentement au traitement de vos données à tout moment, vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant, au responsable du traitement: Dr Laurent PEROTTI - 123 Avenue des Illéuls - 84480 Bonnieux ou cabinetdentairebonnieux@gmail.com. Vous disposez d'un droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle, en particulier auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, si vous considérez que le traitement de données à caractère personnel vous concernant constitue une violation du règlement général sur la protection des données et de la loi informatique et libertés.

- Avez-vous pris des anti-inflammatoires durant ce dernier mois (aspirine, advil, nurofen, ibuprofène, nifluril, surgam, biphrofenid...) ☐ 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-aggrégants plaquettaires (kardégic, plavix, clopigrodel)
☐ OUI ☐ NON
- Êtes-vous traité(e) par des anticoagulants (previscan, lovenox, xarelto) ☐ 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
• Ostéoporose
☐ 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
Si oui quelle est votre dernière charge virale ?
.....
 - Alcoolisme chronique
☐ OUI ☐ NON
 - Usage de cannabis régulier
☐ OUI ☐ NON
 - Usage d'autres stupéfiants
☐ OUI ☐ NON
Merci de nous signaler si vous avez consommé de la drogue la veille en cas d'anesthésie dentaire.
• Troubles psychotiques
☐ OUI ☐ NON
 - Maladie dégénérative (Alzheimer, Parkinson)
☐ OUI ☐ NON
- Êtes-vous porteur d'une greffe d'organe ?
☐ 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 Votre dernier relevé :
- Avez-vous une tension trop élevée ?
☐ OUI ☐ NON Votre dernier relevé :
- 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.

☐ « J'autorise le cabinet dentaire de Bonnieux l'utilisation de mes données personnelles. Ces données sont soumises au secret professionnel et médicales et ne seront jamais transmises à un tiers. » RGPD et loi n° 78-du-6 janvier 1978 informatique et liberté.*

Date :

Signature :