



# 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 C2S OU CMU ?  
 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
- 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](mailto: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 tilleuls - 84480 Bonnieux ou [cabinetdentairebonnieux@gmail.com](mailto: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, 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-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 nauséux 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 libertés.\*

Date :
Signature :