□ Scan ok / N° Fiche Pt :

QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT CONFIDENTIEL*

**Ce questionnaire médical et confidentiel est destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Il sera conservé dans votre dossier patient.*

NOM : ……
NOM de jeune fille : ……
Prénom : ……
Date de naissance : …….
Sexe : M □/ F □
Adresse : ……
CP : ……
VILLE : ……...
Tél. :……
Port. :……
Profession : ……
Adresse mail :
Caisse Régime obligatoire (SECU) : …….
Caisse régime complémentaire (MUT.) :…….
Médecin Traitant : …….

SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DEJA SOUFFERT D'UNE DE CES MALADIES ?

	OUI	NON		OUI	NON
Troubles cutanés			Troubles oculaires		
Troubles vasculaires sanguins			Diabète		
Troubles rénaux			SIDA/HIV ou autre MST		
Troubles digestifs			Hépatite A/B/C		
Troubles hépatiques			Tuberculose		
Troubles nerveux/épilepsie			Cancer		
Troubles pulmonaires/asthme			Autres maladies (Si oui, lesquelles ?)		
Rhumatisme articulaire aigu			Prenez-vous de l'homéopathie ?		

Allergies (Si oui, lesquelles ?) (Ex : Latex…)			Prenez-vous des médicaments ? (Si oui, lesquels ?)		
Etes-vous fumeur ? (Si oui, nombre et fréquence)			Avez-vous déjà eu une anesthésie locale ? --- Si oui, cela t'il provoqué une réaction anormale ?		
Madame, êtes-vous enceinte ? (Si oui, quelle est la DDR ?)			A quelle fréquence vous brossez-vous les dents ?		

MERCI de nous signaler TOUT changement concernant votre état de santé, vos traitements médicaux ET/OU vos coordonnées.

NATURE DE LA VISITE

Consultez-vous pour des douleurs ?	
Consultez-vous pour un bilan ?	
Consultez-vous pour des implants ?	

Date : Signature :