



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 : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Téléphone : Email : Médecin traitant :

○ Dernière visite chez un chirurgien-dentiste :

○ Prenez-vous actuellement des médicaments ? Lesquels et pourquoi ?
.....

○ Êtes-vous allergique ?.....

○ Avez-vous des réactions anormales (rougeurs, démangeaisons, sensations d'étouffement...) face aux anesthésiques ?

○ Après une blessure, avez-vous des saignements prolongés ou un problème de cicatrisation ? Avez-vous un traitement pour fluidifier le sang ? (plavix, aspegic...) :

○ Avez-vous réalisé une analyse sanguine ces six derniers mois ? Si oui, présentait-elle des anomalies ?.....

○ Avez-vous, ou avez-vous eu (si oui, entourez) : Des troubles cardiaques ? Un souffle au cœur ? Tuberculose ? Infection rénale ? Diabète ? Hépatite ? Hémophilie ? Anxiété ? Anémie ? Épilepsie ? Asthme ? Rhumatisme articulaire aigu ? Ulcère/acidité gastrique ? Autres :

○ Avez-vous déjà été traité par radiothérapie ? Si oui, quelle zone et quand ?
.....

○ Fumez-vous ? Si oui, quelle est votre consommation journalière ?.....

Nous tenons à vous rappeler que la consommation régulière de cigarettes et d'alcool est à l'origine de suites opératoires à problèmes et douloureuses lors des extractions, jusqu'à l'échec en implantologie.

○ Êtes-vous traité pour l'ostéoporose ? Prenez-vous des biphosphonates ? Si oui, nom du médicament ?.....

Mesdames, n'oubliez pas de nous avertir d'une éventuelle grossesse.

N'hésitez pas à nous parler de votre sourire et nous demander conseil sur l'éclaircissement dentaire et/ou le réalignement dentaire.

Date :

Signature :