

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Les pathologies bucco-dentaires ainsi que les soins et traitements pouvant être entrepris peuvent interférer sur votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne. Aussi, nous vous demandons de remplir ce questionnaire médical avec précision. Ce questionnaire est destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Profession:

A quand remonte votre dernier examen médical?

A quand remonte votre dernier examen dentaire?

Etes-vous actuellement suivi par un médecin ou un service hospitalier?

Avez-vous subi des interventions chirurgicales?

Avez-vous des affections?

Prenez-vous des médicaments? si oui lesquels?

Etes-vous sous traitement contre l'ostéoporose?

Suivez-vous ou avez-vous subi un traitement de radio/chimiothérapique?

Avez-vous des allergies?

Avez-vous déjà eu des anesthésies dentaires?

Etes-vous fumeur?

Etes-vous enceinte?

En cas de modification de votre état de santé et/ou de vos prescriptions médicales, merci d'en informer votre praticien lors des rendez-vous.