

HISTORIQUE MEDICAL

Nom : Prénom :

Adresse :

Date de naissance :/...../.....

Mail :

Profession :

Tel :

Nom et adresse de **votre Médecin** traitant ou spécialiste(s)

A quand remonte votre dernier contrôle dentaire ?

Etes vous adressé(e) par une personne ,
si oui par qui ?

Quel est le motif
de la consultation ?

1

Une douleur
 Un contrôle
 Autre :

Avez-vous eu un problème
de santé cette année ?

2

OUI NON
Si oui, précisez :
 Infarctus
 Accident vasculaire cérébral
 Cancer
 Autre :

Avez-vous des problèmes ou antécédents ?

3

<input type="checkbox"/> Cardiaque	<input type="checkbox"/> Digestif
<input type="checkbox"/> Vasculaire	<input type="checkbox"/> Dépression
<input type="checkbox"/> Pulmonaire	<input type="checkbox"/> Épilepsie
<input type="checkbox"/> Rénal	<input type="checkbox"/> Cancer actif
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> VIH, sida
<input type="checkbox"/> Hépatique	<input type="checkbox"/> Herpès, zona
<input type="checkbox"/> Sanguin	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Thyroïde	

Avez-vous déjà subi
une opération ?

4

OUI NON
Si oui, précisez :
 Valve cardiaque
 Pace maker, stents, pontage
 Thyroïde
 Rein
 Foie
 Greffe
 Hanche
 Cancer
 Autre :

Êtes-vous traité à l'hôpital pour :

5

Dialyse
 Chimiothérapie
 Radiothérapie

Fumez-vous ?

8

OUI NON
et/ou consommez-vous de l'alcool ?
 OUI NON

Avez-vous déjà fait une allergie ?

6

OUI NON
Si oui, précisez :
 Antibiotique
 Iode
 Latex
 Résine
 Métal (préciser :)
 Anesthésie
 Autre :

Prenez-vous des médicaments ?

7

OUI NON
Si oui, précisez :
.....
.....
.....

Femmes seulement : êtes-vous
enceinte ou en cours d'allaitement ?

9

OUI NON
Nombre de semaines/mois :
.....
.....

« Je certifie que les informations
fournies au chirurgien-dentiste
sont complètes et m'engage à lui
signaler toute modification de
mon état de santé par la suite. »

Date et signature du patient :