

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, je vous demande de remplir ce questionnaire avec précision. Les problèmes médicaux seront réexaminés en consultation.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Par qui êtes-vous adressé au cabinet ?

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?

Quel est l'objet de votre consultation ?

Avez-vous actuellement des problèmes de santé ?

Coordonnées de votre médecin ou du service hospitalier :

Quels médicaments prenez-vous actuellement ?

Biphosphonates ?

() Zometa° () Aredia° () Bondronate° () Fosamax° () Bonviva
() Didronel° () Clastoban° () Lytos° () Denosumab

Anti-agrégant plaquettaire ?

() Kardegic° () Plavix° () Efient° () Brelique () Autre :

Anticoagulants ?

() Previscan° Date dernier INR et dosage :
() Xarelto° () Arixtra () Pradaxa

Avez-vous eu ou avez-vous :

- ☐ une maladie cardiaque ☐ traitement radiothérapique
☐ trouble de la tension artérielle ☐ diabète
☐ autre :

Allergies ou contre-indications ?

- ☐ pénicilline ☐ iode ☐ aspirine ☐ autre :

Quelle est votre tension artérielle habituelle ?

Addictions :

Tabac ? ☐ oui ☐ non Alcool ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous eu des complications à la suite d'anesthésies locales ou au cours de soins dentaires ?

Si vous êtes enceinte, date prévue de l'accouchement :

Autre chose à signaler :

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces informations. En cas de modification(s) de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le Docteur au rendez-vous suivant.

Fait à, le/...../.....

Signature :