

QUESTIONNAIRE MEDICAL

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Nom et Prénom : Date de naissance : Sexe F M

Adresse :

Profession

N° de téléphone privéN° de téléphone professionnel

Nom et N° de téléphone du médecin traitant :

Prenez-vous des médicaments actuellement ?..... Si oui lesquels et pour quelles raisons ?.....

.....

Veillez cocher les cases correspondant à votre état de santé :

Sinusite Ulcère d'estomac

Asthme Diabète

Insuffisance rénale Troubles hormonaux

Insuffisance hépatique Epilepsie

Hépatite B Pertes de connaissance

Troubles cardiaques Crises de tétanie

Hémophilie Dépression

Hypertension Allergies

1. Rhumatisme articulaire aigu Séropositivité H. I. V.

Autres ?

Avez-vous déjà subi une anesthésie locale ?

Si oui, avez - vous noté des réactions anormales, du type éruption cutanée,
malaise, gonflement du visage

Autres ?

Avez-vous déjà eu une extraction dentaire ?

Si oui , avez-vous eu des ennuis hémorragiques par la suite ?

Etes-vous enceinte ?

Si oui, de combien de mois ?

Avez-vous été traité par radiothérapie ?

J'atteste exacts les enseignements portés ci-dessus et m'engage à prévenir mon praticien en cas de
modification de mon état de santé .

Marseille le Signature

