

Questionnaire médical confidentiel

Nom: Prénom: Votre métier :

Adresse :

Tel :

Adresse internet :

Veillez détailler votre motif de consultation dentaire :

- A quand remonte votre dernier examen chez votre médecin traitant ? :
- **Coordonnées de votre médecin référent ?**
- De quel type d'examen s'agissait-il ?
- Avez-vous fait un bilan sanguin récemment ?
- Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale, si oui à quelle date et pour quel motif ?

Etes-vous ou avez-vous été concerné(e) par les problèmes de santé énumérés ci-après ?

Lorsque vous répondez oui, veuillez mentionner :

- 1) **la date de survenue du problème de santé**
- 2) **le traitement proposé (intervention chirurgicale / traitements médicamenteux....)**
- 3) **les coordonnées du médecin qui vous suit ou qui vous a suivi pour ce problème de santé**

- Cardiaque :

<ul style="list-style-type: none">- Hypertension ?- Quelle est votre tension artérielle ?- Artérite ?- Angine de poitrine ?- Insuffisance cardiaque ?- ENDOCARDITE ?- Douleurs thoraciques ?- Infarctus ?	<ul style="list-style-type: none">- Troubles du rythme cardiaque ? De quel type ?- Etes-vous porteur d'un PACE MAKER ?- Souffle cardiaque ?- Affection valvulaire ?- Malformation cardiaque opérée ou non ?- Etes-vous porteur d'une valve cardiaque ?- Avez-vous fait un rhumatisme articulaire aigu ?- Autre ?
--	---

- Circulatoire :

<ul style="list-style-type: none">- Anévrisme ?- Accident vasculaire cérébral ?- Autre ?	- Articulaire et osseux : <ul style="list-style-type: none">- Etes-vous porteur d'une prothèse articulaire ou de broches ?- Rhumatismes ?- Ostéoporose ?- Autre ?
--	---

- Diabétique :

<ul style="list-style-type: none">- Etes-vous DIABETIQUE ?- Si oui de quel type de diabète s'agit-il ?- Votre diabète est-il équilibré ?- Certains membres de votre famille sont-ils diabétiques ?	- Hépatiques : <ul style="list-style-type: none">- Avez-vous fait une hépatite virale ; de quel type ?- Insuffisance hépatique ?- Autre ?
---	--

- Pulmonaire /respiratoire:

<ul style="list-style-type: none">- Bronchite chronique ?- Tuberculose ?- Pleurésie ?- Oedème, abcès du poumon ?- Est-te vous asthmatique ou insuffisant respiratoire ?- Souffrez-vous d'apnée du sommeil ?- Autre ?	- Digestif : <ul style="list-style-type: none">- Brûlures d'estomac ?- Ulcère actuel ou cicatrisé ?- Autre ?
--	---

- Nerveux :

<ul style="list-style-type: none">- Etes-vous stressé(e) ?- Quelle note sur une échelle de zéro à dix attribuez-vous à ce stress ?- Perte de connaissance ?- Crise nerveuse ?- Convulsions ?- Autre ?	- Rénale : <ul style="list-style-type: none">- Insuffisance rénale ?- Transplantation rénale ?- Hémodialyse ?- Autre ?
--	--

Ophtalmologique et ORL ? <ul style="list-style-type: none">- Affection des yeux, des oreilles, de la gorge, du nez ?- Glaucome ?- Sinusite ?- Avez-vous du mal à déglutir ?- Autre ?	- Glandulaire : <ul style="list-style-type: none">- Thyroïde ?- Surrénale ?- Hypophyse ?- Autre ?
---	---

- Hématologique : <ul style="list-style-type: none">- Purpura ?- Hémophilie ?- Trouble de la coagulation ?- Existe-t-il des affections hématologiques dans votre famille ?- Autre affection hématologique ?- Avez-vous eu des saignements prolongés lors de blessures accidentelles ou lors d'une intervention chirurgicale ?- Etes-vous sujet aux hématomes ?- Avez-vous été transfusé(e) ?- Autre ?	- Allergique : <ul style="list-style-type: none">- Etes-vous ALLERGIQUE ?- à un médicament ? si oui lequel ?- à un produit autre ? si oui lequel ?- à une matière ? si oui laquelle ?- Autre ?- Si oui comment s'est manifestée cette allergie ? <ul style="list-style-type: none">- Avez-vous fait réaliser des tests chez un allergologue ?
--	--

- Immunologique : <ul style="list-style-type: none">- Souffrez-vous d'une déficience immunitaire ?- Si oui de quelle déficience s'agit-il ?- Avez-vous déjà fait effectuer un dépistage HIV ?- Si oui à quelle date : et quel en était le résultat ?- Autre ?	- Gynécologique : <ul style="list-style-type: none">- Etes-vous enceinte actuellement ?- Si oui, quelle est la date prévue de l'accouchement ? <ul style="list-style-type: none">- Utilisez-vous un moyen de contraception ?- Autre ?
--	---

- Traitement médical particulier: <ul style="list-style-type: none">- Contre l'ostéoporose ?- PRENEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS PRIS DES BIPHOSPHONATES ?- Avez-vous reçu une injection de BIPHOSPHONATE ?- Prenez-vous des ANTICOAGULANTS ORAUX ?- Irradiation? si oui, quelle zone du corps a été concernée par cette irradiation ?- Chimiothérapie ?- Corticothérapie ?- Autre ?	
--	--

- AUTRES MALADIES PASSEES et /ou ACTUELLES :

IMPORTANT: Veuillez inscrire le nom des médicaments que vous prenez actuellement :

Habitudes de vie :

- Erouvez-vous dans la vie quotidienne des difficultés majeures liées à votre état de santé général ou bien à votre environnement ?
- Pratiquez-vous un sport violent ou dangereux?
- Quels types de boisson consommez-vous?
- Fumez-vous ? Si oui quelle est votre consommation quotidienne de tabac ?
- Avez-vous déjà utilisé de la drogue ? Si oui de quel type de drogue s'agissait-il ?

Important : En cas de modification(s) de mon état de sant et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien qui me soigne au rendez-vous suivant.

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces informations.

Je déclare autoriser le dr Lehel à communiquer à des fins médicales avec les médecins mentionnés sur ce document. Dater et signer.