

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom et Prénom du patient :N° dossier.....

Adresse :

☎ Email :

Adressé(e) et/ou recommandé(e) par :

un parent l'annuaire téléphonique
un ami un médecin
autre

Motif(s) de la Consultation :

Bilan/Contrôle	<input type="checkbox"/>	Carie	<input type="checkbox"/>	Couronne fixe	<input type="checkbox"/>	Prévention	<input type="checkbox"/>
Devis	<input type="checkbox"/>	Détartrage	<input type="checkbox"/>	Prothèse mobile	<input type="checkbox"/>	Troubles articulaires	<input type="checkbox"/>
Douleur	<input type="checkbox"/>	Extraction	<input type="checkbox"/>	Implant	<input type="checkbox"/>	Esthétique	<input type="checkbox"/>
Traumatisme	<input type="checkbox"/>	Dent de sagesse	<input type="checkbox"/>	Saignement gencive	<input type="checkbox"/>	Blanchiment	<input type="checkbox"/>
Abcès	<input type="checkbox"/>	Autres :					

Date de votre dernière consultation
dentaire :

Questionnaire médical :

Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>
Troubles vasculaires sanguins	<input type="checkbox"/>	Troubles glandulaires hormonaux	<input type="checkbox"/>
Troubles rénaux	<input type="checkbox"/>	Troubles posturaux	<input type="checkbox"/>
Troubles digestifs	<input type="checkbox"/>	Allergie	<input type="checkbox"/>
Troubles hépatiques	<input type="checkbox"/>	Saignez-vous du nez	<input type="checkbox"/>
Troubles pulmonaires	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà perdu connaissance	<input type="checkbox"/>
Troubles oculaires	<input type="checkbox"/>	Fumez-vous plus de 5 cigarettes/jour	<input type="checkbox"/>
Troubles nerveux	<input type="checkbox"/>	Grossesse	<input type="checkbox"/>
Troubles cutanés	<input type="checkbox"/>	Séropositivité ou Sida	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>		

Etes-vous suivi par un Médecin : oui non

Nom du Médecin

Prenez-vous des médicaments : oui non

Votre traitement :

Autre traitement concernant votre santé :

MERCI du soin avec lequel vous avez bien voulu remplir ce questionnaire.

Je m'engage à informer les chirurgiens dentistes de tout changement de mon état de santé intervenant après la rédaction de ce questionnaire médical.

Fait à Alès, le.....

Signature du patient :

