

QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GÉNÉRAL

NOM : Prénom :
Né(e) le :/...../.....
Adresse :
N° de tel mobile:.....
Adresse email.....
N° de sécurité sociale.....
Profession :.....
Avez-vous une mutuelle oui non
Adressé par :.....
Médecin traitant :.....
Quel est le motif de votre consultation ?
.....

Fumez-vous ? Oui Non
Si oui, combien de cigarettes par jour ?
Etes-vous un ancien fumeur, si oui, date d'arrêt ?.....
Ancienne consommation?

Consommez-vous de l'alcool ? Oui Non
Nombre de verres :
par jour Depuis combien de temps ?
par semaine Depuis combien de temps ?.....

Faites-vous du sport..... Depuis combien de temps ?
Suivez-vous actuellement un régime ? Oui Non
Mangez-vous bien ? Oui Non
Dormez-vous bien ? Oui Non

Utilisez-vous un moyen de contraception ? Oui Non
Lequel ?
Avez-vous été vacciné dernièrement ? Oui Non
Si oui, quel vaccin ?.....

CHIRURGIEN DENTISTE :

L'exécution des soins engage la responsabilité du Dr Il existe des interactions médicamenteuses. Afin de vous éviter tout risque d'accidents médicaux, nous vous remercions par avance de votre bonne coopération pour le questionnaire médical suivant qui est strictement confidentiel.

Poids : Taille : Groupe sanguin : Tension artérielle :

Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Oui Non
Avez-vous déjà eu une maladie importante ? Oui Non
Si Oui, laquelle ?

Avez-vous déjà été soigné(e) pour le coeur ? Oui Non
Si Oui, pour : Tachycardie Arythmie Angine de poitrine Infarctus

Avez-vous été soigné(e) pour hypertension artérielle ? Oui Non
Si Oui, quel traitement ?

Avez-vous déjà été soigné(e) pour l'hypotension artérielle ? Oui Non
Si Oui, quel traitement ?

Etes-vous porteur d'une pile cardiaque ? Oui Non
Etes-vous porteur d'une prothèse (valve, articulation)? Oui Non
Votre médecin vous a-t-il demandé de prendre un antibiotique avant chaque soin dentaire ? Oui Non
Etes-vous sujet à des vertiges, pertes de connaissance ? Oui Non
Avez-vous eu une maladie rénale ou urinaire ? Oui Non
Avez-vous eu une hépatite ? Oui Non
Etes-vous porteur du virus HIV ? Oui Non
Saignez-vous anormalement, lors de petits traumatismes ? Oui Non

Nom du chirurgien-dentiste :

Date de la dernière consultation chez votre chirurgien-dentiste :

Aujourd'hui, avez-vous une gêne : Oui Non

une douleur : Oui Non

Un problème esthétique : Oui Non

Avez-vous des difficultés, à manger : Oui Non

à dormir : Oui Non

à parler : Oui Non

Souffrez-vous des gencives ?

Oui Non

Vos gencives saignent-elles lors du brossage ?

Oui Non

Avez-vous l'impression que vos dents se soient écartées, déplacées ?

Oui Non

Avez-vous l'impression que vos dents bougent ?

Oui Non

Avez-vous l'impression d'avoir mauvaise haleine ?

Oui Non

Avez-vous la bouche sèche ?

Oui Non

Avez-vous l'habitude de tenir entre vos dents des objets tels que crayon, trombone, etc.? Oui Non

Serrez-vous les dents la nuit ? Oui Non

Grincez-vous des dents ? La nuit ? Oui Non Le jour ? Oui Non

Des membres de votre famille proche ont-ils perdu des dents à cause d'un problème de gencive ? Oui Non

Avez-vous reçu un traitement orthodontique ? (appareil dentaire, bagues...) Oui Non

Avez-vous reçu un traitement parodontal ? (surfaçages, chirurgies, assainissements, greffes) Oui Non

Portez-vous une prothèse mobile ? Oui Non

Avez-vous déjà réalisé un cliché radiologique des dents ? Oui Non

Combien de fois par jour brossez-vous vos dents : 1 fois 2 fois 3 fois Plus

Quel type de brosse à dent utilisez-vous ? (manuelle, électrique, souple, médium, dure) :

Utilisez-vous un fil dentaire : Oui Non des bâtonnets Oui Non des brossettes inter-dentaires : Oui Non autre ?

Avez-vous perdu certaines de vos dents ? Oui Non Si oui, quelle en est la cause ? :

Date de votre dernier détartrage ? (6 mois, 1 an, 2 ans ou plus) :

Sur une échelle de 1 (mauvais) à 10 (parfait) comment évaluez-vous votre état dentaire?

Apparence	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Santé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Confort	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fonction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quelles sont vos priorités ?

.....

Autres éléments à signaler à votre chirurgien-dentiste ne faisant pas partie de cette liste :

.....

Signature patient :

Date :