



**ABINET MEDICO DENTAIRE
SAINT-GERMAIN**

Questionnaire médical Strictement confidentiel

Nom du patient : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____ Ville _____
 Tel : _____
 Profession : _____
 Date de naissance : _____
 Nom du médecin traitant : _____
 Adresse : _____
 Tel : _____
 Nom du Spécialiste : _____
 Adresse : _____
 Tel : _____

Faites-vous des allergies ? **Oui** **Non**
 Si oui à quoi, à quels médicaments?

Prenez-vous des médicaments ? **Oui** **Non**
 Si oui lesquels ? _____

Historique Médical :

- Etes vous fumeur ? **Oui** **Non**
 Si oui combien de cigarettes par jour ? _____
- Avez-vous été soigné par radiothérapie ? **Oui** **Non**
- Avez-vous eu l'une des maladies ci-dessous ?

Maladie du sang	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Hépatite B ou C	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maladies Cardiaques	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maladies Nerveuses	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Séropositivité HIV	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maladies Cardio Vasculaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme Articulaire Aigu	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maladie de la Peau	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Thyroïdite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maladie des Poumons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Ulcère à l'estomac	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maladie des reins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	sinusites répétées	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maladie des porteurs de prothèses (autres que dentaires)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autres Maladies à préciser :	
- Avez vous déjà remarqué un saignement anormal lors de coupures ou d'interventions ou d'accidents ? _____ **Oui** **Non**
- Etes vous enceinte ? _____ **Oui** **Non**
 Depuis combien de mois ? _____
 Prenez-vous la pilule ? _____ **Oui** **Non**
 Prenez vous des médicaments pour l'ostéoporose ? _____ **Oui** **Non**
- Si vous pensez avoir toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus merci

Historique Dentaire :

- Quel est le motif de votre consultation aujourd'hui ? _____
- Quand remonte votre dernier détartrage ? _____ **Oui** **Non**
- Lors de votre dernière visite chez le Dentiste avez-vous rencontré des difficultés ? _____
Oui **Non**
- Avez-vous constaté des saignements spontanés de vos gencives ? _____
 Vos dents sont-elles sensibles au froid ? _____
 Avez-vous l'impression que vos dents bougent ? _____
Oui **Non**
- Utilisez-vous une brosse à dent électrique ? _____
 Changez-vous régulièrement votre brosse à dent ? _____
 Utilisez-vous des bains de bouche, fil dentaire ou jet dentaire ? _____
Oui **Non**
- Serrez-vous ou grincez-vous des dents la nuit ? _____
 Avez-vous remarqué des craquements, des claquements ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ? _____
 Avez-vous eu un traitement orthodontique ? _____
 Vous arrive-t-il d'avoir la nuque raide le matin ? _____
 Avez-vous des maux de tête fréquents ? _____
Oui **Non**
- Possédez-vous des prothèses en bouche ? _____
 En êtes-vous satisfait ? _____
Oui **Non**

- Concernant vos habitudes alimentaires cochez les éléments que vous consommez tous les jours ou régulièrement

<input type="checkbox"/> <i>boissons gazeuses</i>	<input type="checkbox"/> <i>comprimés effervescents</i>	<input type="checkbox"/> <i>comprimés homéopathiques</i>
<input type="checkbox"/> <i>fruits rouges</i>	<input type="checkbox"/> <i>agrumes(citron, oranges)</i>	<input type="checkbox"/> <i>pommes</i>
<input type="checkbox"/> <i>café</i>	<input type="checkbox"/> <i>thé</i>	<input type="checkbox"/> <i>vin</i>
<input type="checkbox"/> <i>rhubarbe</i>	<input type="checkbox"/> <i>krwi</i>	<input type="checkbox"/> <i>bonbons</i>
<input type="checkbox"/> <i>miel</i>	<input type="checkbox"/> <i>tomates</i>	<input type="checkbox"/> <i>asperges</i>

Je soussigné Mr ou Mme _____
 certifie l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.
 Paris le _____
 signature _____