

# QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

**Motif de la consultation :**  contrôle  détartrage  carie(s)/dent(s) cassée(s)  
 problèmes de gencive  autre : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Nom et lieu d'exercice de votre médecin traitant : \_\_\_\_\_

**Avez-vous des problèmes de santé ?**  
**Cochez les cases qui vous correspondent.**

## CARDIAQUES :

infarctus  oui  non  
angine de poitrine  oui  non  
souffle  oui  non  
RAA  oui  non

autres : \_\_\_\_\_

## RHUMATOLOGIE :

prothèse de hanche  oui  non  
autres prothèses : \_\_\_\_\_

## VASCULAIRE :

hypertension artérielle  oui  non  
autres : \_\_\_\_\_

**ULCERE D'ESTOMAC :**  oui  non

**HEPATITE VIRALE :**  oui  non

## NERVEUX :

perte de connaissance  oui  non  
épilepsie  oui  non

## GLANDULAIRE :

thyroïde  oui  non  
hypophyse  oui  non  
surrénale  oui  non

## AUTRES :

Êtes-vous diabétique ?  oui  non

Fumez-vous ?  oui  non

Si oui, à quelle fréquence ? \_\_\_\_\_

Portez-vous un pace-maker ?  oui  non

Êtes-vous enceinte ?  oui  non

Avez-vous déjà eu une anesthésie locale ?  oui  non

Êtes-vous allergique ?  oui  non

Si oui, à quoi ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été traité par ?

\* chimiothérapie  oui  non

\* radiothérapie  oui  non

\* biphosphonate  oui  non

Prenez-vous des anticoagulants ?  oui  non

Prenez-vous des antidépresseurs ?  oui  non

Nous communiquer la liste des médicaments en cours : \_\_\_\_\_

Êtes-vous anxieux/(se) face aux soins dentaires ?  oui  non

Date : \_\_\_\_\_

Signature :