

Questionnaire médical

INFORMATIONS

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Masculin Féminin

Date du dernier examen dentaire :

Prenez-vous actuellement des médicaments ?

Si oui, lesquels ?

Depuis quand ?

Pourquoi ?

Nom du médecin généraliste ou spécialiste traitant :

Téléphone :

INFORMATIONS MÉDICALES

Avez-vous des problèmes de santé ? *

Oui Non

Cardiaque

Souffle cardiaque

Malformation opérée ou non

Angine de poitrine

Infarctus

Rhumatisme articulaire aigu

Vasculaire

- Hypertension
- Artérite

Rénaux

- Insuffisance rénale
- Urémie
- Antécédents de glomérule
- Néphrite aigüe

Digestifs

- Brûlures d'estomac
- Ulcère

Hépatiques

- Jaunisse
- Hépatite virale

Nerveux

- Perte de connaissance
- Dépression
- Crises nerveuses

Pulmonaires

- Tuberculose

Glandulaires

- Thyroïde
- Surrénale
- Hypophyse

Sanguins

- Anémie
- Purpura

Êtes-vous porteur du virus du SIDA ?

Oui Non

Depuis quand ?

Êtes-vous porteur du virus de l'hépatite C ?

Oui Non

Depuis quand ?

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Êtes-vous diabétique ? *

Oui Non

Si oui êtes-vous suivi ? *

Oui Non

Votre diabète est-il équilibré ? *

Oui Non

Avez-vous subi une intervention chirurgicale sérieuse ? *

Oui Non

Avez-vous déjà eu une anesthésie locale ? *

Oui Non

Si oui, avez-vous eu des réactions après l'anesthésie ? *

Oui Non

De quel type ?

Éruption cutanée

Malaise

Gonflement du visage

Autres

Êtes-vous allergique ? *

Oui Non

Si oui, quels types d'allergies ?

Êtes-vous allergique ?

Aux pénicillines
 A d'autre médicaments

A quels autres médicaments êtes-vous allergiques ?

Saignez-vous beaucoup après une coupure ou piqûre ? *

Oui Non

Avez-vous déjà eu une extraction dentaire ? *

Oui Non

Avez-vous eu des ennuis hémorragiques après extractions ? *

Oui Non

Prenez-vous des anticoagulants ? *

Oui Non

Êtes-vous enceinte ? *

Oui Non

Avez-vous été irradié(e) ? *

Oui Non

Traitement rayons X ? *

Oui Non

**

J'atteste l'exactitude de ce document et atteste n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et toute modification concernant mes prescriptions médicales.