

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Nom Prénom Age

Nom du médecin traitant / spécialiste Date de votre dernière visite médicale - Raison

Comment évaluez-vous votre état de santé général ? Excellent Bon Correct Mauvais

AVEZ-VOUS ou AVEZ-VOUS DÉJÀ EU :

OUI NON

1. Une hospitalisation pour maladie ou blessure

2. Une allergie ou mauvaise réaction à :

l'Aspirine, l'Ibuprofène, le Paracétamol, la Codéine

la Pénicilline

l'Erythromycine

la Tétracycline

au Sulfite

un Anesthésique local

au Fluorure

la Chlorhexidine

l'Iode

à des métaux (nickel, argent, or, [.....])

au latex

autres

3. Des problèmes cardiaques, ou un stent cardiaque dans les six derniers mois

4. Des antécédents d'endocardite infectieuse

5. Une valvule artificielle, une chirurgie de réparation cardiaque (Foramen Ovale Perméable : FOP)

6. Un Pacemaker ou un défibrillateur implantable (D.A.I.)

7. Une prothèse articulaire, une prothèse des tissus mous

8. Un souffle au cœur, une fièvre rhumatismale ou la scarlatine

9. Une tension artérielle trop élevée ou trop basse

10. Un accident vasculaire cérébral (A.V.C.), prescription d'anticoagulants

11. Une anémie ou une autre maladie du sang

12. Des saignements prolongés suite à une légère coupure (INR > 3,5)

13. Une pneumonie, un emphysème, un essoufflement, une sarcoïdose

14. Une infection auriculaire chronique, la tuberculose, la rougeole, la varicelle

15. Des problèmes respiratoires (asthme, nez encombré, congestion des sinus)

16. Des troubles du sommeil (apnées, ronflements, insomnies, sommeil agité, énurésies nocturne)

17. une maladie des reins

18. Une maladie du foie, jaunisse

19. Des vertiges

20. Une maladie de la thyroïde, des glandes parathyroïdiennes ou une carence en calcium

21. Une déficience ou déséquilibre hormonale

22. Un taux de cholestérol élevé ou prise de statines

23. Un diabète (HbA1c=)

24. Un ulcère de l'estomac ou du duodénum

Des problèmes digestifs ou désordres alimentaires (reflux
25. gastrique, boulimie, anorexie, intolérance au gluten, maladie de Crohn, recto-colite hémorragique)

26. De l'ostéoporose, ostéopénie, médicaments anti-résorptifs (bisphosphonates)

27. De l'arthrite, arthrose, crises de goutte

28. Une maladie auto-immune (polyarthrite rhumatoïde, lupus, sclérodermie)

29. Un glaucome

30. Des lentilles de contact

31. Des blessures à la tête ou au cou

32. De l'épilepsie, des convulsions

33. Des troubles neurologiques (maladie d'Alzheimer, sclérose en plaque, Parkinson)

34. Des infections virales (boutons de fièvre), infection bactérienne (maladie de Lyme)

35. Une grosseur ou un gonflement dans la bouche

36. De l'urticaire, des démangeaisons, le rhume des foins

37. Une maladie sexuellement transmissible

38. Une hépatite (type ____)

39. VIH / SIDA

40. Une tumeur, une grosseur anormale

41. De la radiothérapie

42. De la chimiothérapie, des médicaments immunosuppresseurs

43. Des difficultés à gérer le stress

44. Des traitements psychiatriques, antidépresseurs, régulateur de l'humeur

45. Des problèmes de concentration, TDAH, ADHD

46. Un problème d'alcool / de drogues

VOUS ÊTES ou AVEZ ÉTÉ :

47. Actuellement soigné pour une autre maladie

48. Conscient d'un changement survenu dans votre santé durant les dernières 24 heures (fièvre, frissons, toux, diarrhée)

49. Un traitement pour vous aider à gérer votre poids

50. Des compléments alimentaires, vitamines et/ou probiotiques

51. Souvent épuisé ou fatigué

52. Des maux de tête fréquents, migraines

53. Fumeur, ancien fumeur (tabac sans fumée, cigarette électronique, vapotage, tabac sans fumée, cannabis)

54. Confédéré comme une personne sensible/susceptible

55. Souvent malheureux ou déprimé

56. FEMME – un traitement contraceptif oral (pilule)

57. FEMME – enceinte

58. HOMME – Des troubles de la prostate

Médicament

But

Médicament

But

Veuillez nous avertir à l'avenir de tout changement de votre état de santé ou des médicaments que vous prenez

Signature du patient :

Date :

___/___/___

Signature du dentiste :

Date :

___/___/___

