

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Nom _____ Prénom _____ Date _____ 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 sarcoidose _____
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 immunosupresseurs _____

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:

Signature du dentiste:

Date : _____ / _____ / _____

Date : _____ / _____ / _____