

QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT

(Ce questionnaire est destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien dentiste dans le cadre de son exercice professionnel et conservé dans votre dossier patient.)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Email :

Profession :

Numéro de sécurité social :

Êtes-vous titulaire de la CMU ? oui non

Si oui, merci de nous présenter l'original de l'attestation CMU délivrée par la CPAM.

De quelle mutuelle dépendez-vous ?

Si vous faites partie du réseau Santé Clair, merci de nous présenter votre carte de mutuelle.

Quelle est la raison de votre visite ?

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?

Avez-vous des problèmes de santé ?

Troubles cardiaques	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Troubles cutanés	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Troubles vasculaires – sanguins	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Diabète	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Troubles rénaux	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Troubles glandulaire / hormonaux	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Troubles digestifs	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	SIDA ou autres MST	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Troubles Hépatiques	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Hépatite A	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Troubles nerveux	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Hépatite B	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Troubles pulmonaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Hépatite C	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Troubles oculaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Cancer	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Ostéoporose	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			

Autres maladies :

Êtes-vous actuellement suivi par un médecin traitant ? oui non

Merci de nous préciser le nom et l'adresse de votre médecin traitant :

Prenez-vous actuellement des médicaments ? oui non

Si oui, précisez lesquels :

Si vous disposez d'une ordonnance de longue durée, merci de nous la communiquer.

Renseignements complémentaires :

Êtes-vous fumeur ? oui non

Êtes-vous enceinte ? oui non

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? oui non

Si oui, lesquelles :

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident ? oui non

Autres remarques à nous préciser :

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

Date et signature :