Questionnaire Médical

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Raison de la visite : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antécédents Médicaux

1. Êtes-vous actuellement suivi par un médecin ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, pour quelle raison ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Prenez-vous des médicaments ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, pourquoi ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Avez-vous des allergies connues (médicaments, anesthésiques, autres) ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Avez-vous déjà eu des réactions à une anesthésie ?

Oui ☐ Non ☐

6. Souffrez-vous ou avez-vous souffert des maladies suivantes ?

Maladies cardiaques : Oui ☐ / Non ☐

Hypertension : Oui ☐ / Non ☐

Diabète : Oui ☐ / Non ☐

Problèmes respiratoires (asthme, apnée) : Oui ☐ / Non ☐

Maladies infectieuses (hépatite, VIH, tuberculose, etc.) : Oui ☐ / Non ☐

Troubles de la coagulation : Oui ☐ / Non ☐

Ostéoporose (avec traitement à base de bisphosphonates) : Oui ☐ / Non ☐

Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Habitudes de Vie

1. Fumez-vous ?

Oui ☐ Non ☐

2. Consommez-vous de l’alcool régulièrement ?

Oui ☐ Non ☐

3. Consommez-vous de la drogue régulièrement?

Oui ☐ Non ☐

Santé Bucco-Dentaire

1. Souffrez-vous de douleurs dentaires ou gingivales actuellement ?

Oui ☐ Non ☐

2. Avez-vous des saignements des gencives ?

Oui ☐ Non ☐

3. Avez-vous une prothèse dentaire ou un appareil orthodontique ?

Oui ☐ Non ☐

4. Avez-vous des antécédents de traitement dentaire lourd (implants, greffes) ?

Oui ☐ Non ☐

5.Aimez-vous votre sourire?

Oui ☐ Non ☐

Si non, qu’est ce qui vous gène dans l’esthétique de votre sourire ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Signature du patient : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_