

QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.
 Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

Nous vous demandons de répondre à ce questionnaire avec beaucoup d'attention et de précisions. Nous vous en remercions. **Nous vous rappelons que la CARTE VITALE n'est pas un moyen de paiement, vous devez effectuer l'avance des frais dentaires, (sauf CMU).**

Nom : Prénom : Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. Domicile : Tél. Portable : Tél. Bureau :
 N° Sécurité Sociale :
 Profession : e-mail :

	OUI	NON	OBSERVATIONS
ÊTES-VOUS EN BONNE SANTÉ ?			
Êtes-vous suivi(e) par un médecin ? Si oui pourquoi ? Quel est le nom, l'adresse et le numéro de celui-ci ?			
Prenez-vous actuellement des médicaments ? Si oui : lesquels ? Depuis quand ?			
Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ? Si oui, pourquoi ? Quand ?			
AVEZ-VOUS UNE DE CES MALADIES ?			
- Diabète Avec injection d'insuline. Sans injection d'insuline.			
- Maladies ou problèmes cardio-vasculaires Hypertension artérielle, Angine de poitrine, Infarctus du myocarde, Trouble du rythme, Insuffisance cardiaque, AVC ou autres.			
- Maladies ou problèmes pulmonaires Bronchite chronique, asthme ou autres.			
- Maladies ou problèmes ORL Sinusite aiguë, Rhinite allergique Otite aiguë ou autres.			
- Maladies ou problèmes nerveux ou psychiques Dépression, anxiété ou autres.			
- Cancer Si oui, avez-vous subi un traitement par radiation ?			
- Troubles sanguins (anémie, hémophilie)			
- Hépatite ou cirrhose			
- Déficit immunitaire (VIH ou SIDA).			
- Autres pathologies ? Si oui : laquelle ?			
Saignez-vous beaucoup après une piqûre ou une coupure ?			
Souffrez-vous de maux de tête ?			
Êtes-vous fumeur ? Si oui, combien de cigarettes par jour ? Depuis combien de temps ?			
Êtes-vous allergique ? Si oui, à quoi ?			
Avez-vous déjà eu une anesthésie locale ? Si oui, cela vous a-t-il provoqué une réaction Anormale ? Si oui, laquelle ?			
POUR LES FEMMES			
Êtes-vous enceinte ?			
Êtes-vous ménopausée ? Si oui, prenez-vous des hormones de substitution ? Pouvez-vous me donner leurs noms ?			

QUESTIONNAIRE DENTAIRE

	OUI	NON	OBSERVATIONS
QUEL EST LE MOTIF DE VOTRE CONSULTATION ? - Une douleur ? - Un contrôle ? - Autre motif :			
Êtes-vous adressé par quelqu'un ? Si oui, pouvez-vous nous communiquer le nom de la personne qui vous a recommandé le cabinet ?			
A quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ?			
Vous êtes-vous fait redresser les dents par orthodontie ?			
Souffrez-vous de douleurs au niveau de la tête ou du cou ou des oreilles ?			
Vos dents sont-elles sensibles ? - Au froid - Au chaud - Au sucre - A la mastication			
Vos gencives saignent-elles ?			
Vos gencives sont-elles douloureuses ?			
Avez-vous déjà été traité pour vos gencives ? Si oui par : - Détartrage(s) - Antibiotiques - Chirurgie(s) - Médicaments			
Quelqu'un dans votre famille proche a-t'il perdu ses dents par déchaussement ?			
Avez-vous l'impression de serrer les dents ?			
Avez-vous des craquements aux articulations de la mâchoire ?			
A quel moment vous brossez-vous les dents ? Combien de temps ? Quel type de brosse utilisez-vous actuellement ?			
Utilisez-vous des accessoires d'hygiène dentaire ? (fil, brossette dentaire, cure-dents, bain de bouche) ?			

Je m'engage à signaler tous changements concernant mon état de santé et mes éventuels nouveaux traitements.

Fait à :

le / /

signature du patient :

Ce cabinet dentaire dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de ce cabinet. Vous pouvez avoir accès à votre dossier en vous adressant à votre chirurgien-dentiste*. *Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés