n°dossier *(à remplir par le chirurgien-dentiste)* ______________________ Date : ______________________

QUESTIONNAIRE MÉDICAL PATIENT Confidentiel

Ce questionnaire médical et confidentiel est destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Il sera conservé dans votre dossier patient.

Nom et Prénom(s) : ______________________ Tél. domicile : ______________________

Adresse : ______________________ Tél. bureau : ______________________

Code postal : ____________ Ville : ______________________ Tél. portable : ______________________

Date de naissance : ______________________ Âge : ____________ Sexe : M ❑ F ❑

Taille : ____________ Poids : ____________

Adresse e-mail : ____________ @ ____________ Profession : ______________________

Adressé et/ou recommandé par : un parent ❑ un ami ❑ un médecin ❑ annuaire téléphonique ❑ un dentiste ❑ autre : ____________

Êtes-vous personnellement assuré : Oui ❑ Non ❑

Numéro de Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Avez-vous la CMU : Oui ❑ Non ❑

Si vous n'êtes pas personnellement assuré, nom et prénom de l'assuré : ______________________

Numéro de Sécurité Sociale de l'assuré : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

RAISON DE LA VISITE

Informations ❑ Visite de contrôle ❑ Plombage brisé ❑ Carie ❑ Dents, gencives sensibles ❑ Dent fracturée ❑ Détartrage ❑

Douleur ❑ Prothèse dentaire ❑ Autre ❑ Précisez : ______________________

Date du dernier examen dentaire *(ou soins dentaires)* : ______________________

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

(cochez la case correspondante et précisez lesquels et depuis combien de temps)

❑ Troubles cardiovasculaires : ______________________

❑ Troubles rénaux : ______________________

❑ Troubles digestifs : ______________________

❑ Troubles hépatiques *(si hépatite précisez A,B ou C)* : ______________________

❑ Troubles nerveux : ______________________

❑ Dépression : ______________________

❑ Troubles oculaires : ______________________

❑ Troubles broncho-pulmonaires : ______________________

❑ Troubles cutanés : ______________________

❑ Allergies : ______________________

❑ Troubles hormonaux : ______________________

❑ Diabète : ______________________

❑ Troubles sanguins (ex anémie) : ______________________

❑ Problèmes osseux ou articulaires : ______________________

❑ Problèmes ORL : ______________________

❑ Cancer : ______________________

❑ Autres maladies ? ______________________

Précisez lesquelles : ______________________

Êtes-vous actuellement suivi par un médecin ?	Oui ❑	Non ❑	
Prenez-vous actuellement des médicaments ?	Oui ❑	Non ❑	Si oui, précisez lesquels : ____________
Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement radio/chimiothérapique ?	Oui ❑	Non ❑	
Avez-vous déjà eu des anesthésies dentaires ?	Oui ❑	Non ❑	
Problèmes lors des anesthésies dentaires ?	Oui ❑	Non ❑	Si oui lesquels ? ____________
Avez-vous déjà eu des extractions dentaires ?	Oui ❑	Non ❑	
Problèmes lors des extractions dentaires ?	Oui ❑	Non ❑	Si oui lesquels ? ____________

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Êtes-vous enceinte ? Oui ❑ Non ❑ Allaitez-vous ? Oui ❑ Non ❑

Êtes-vous fumeur ? Oui ❑ Non ❑ Si oui, depuis combien de temps ? ____________ Combien de cigarettes/jour ? : ____________

Si non, avez-vous été fumeur ? Oui ❑ Non ❑ Depuis quand avez-vous arrêté ? ____________

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes avec l'alcool ? Oui ❑ Non ❑

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de toxicomanie ? Oui ❑ Non ❑ Si oui avec quel type de drogue ? ____________

Êtes-vous sous traitement contre l'ostéoporose Oui ❑ Non ❑ Si oui lequel ? ____________

comprimé Oui ❑ Non ❑ ou injection Oui ❑ Non ❑

Nom et adresse de votre médecin traitant : ______________________

Signature :

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données personnelles vous concernant auprès de votre chirurgien-dentiste.

Dr Florence MONLEZUN - 88 rue émile Zola - 13009 MARSEILLE - Tél. : +04 91 40 12 34