

LE QUESTIONNAIRE MÉDICAL	
Nom et prénom du patient : qsd	Si oui, pour quel motif ?
Adresse :	Nom et prénom du médecin traitant :
Téléphone :	Adresse :
Date de naissance :	
Poids : Kg	
Profession :	Tél. :
Date de la 1ère consultation	Nom du spécialiste (le cas échéant)
Adressé par :	Adresse :
Date du dernier contrôle dentaire :	
Quel est le motif de la consultation ?	
Une douleur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Tél. :
Un contrôle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Etes-vous en bonne santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, pour quel motif ?
Etes-vous suivi(e) par un médecin ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quand ?
Avez-vous été traité(e) par radiothérapie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous eu une greffe de Dure-mère ou de cornée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, pour quel motif ?	Votre tension est –elle trop élevée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Votre tension est –elle trop basse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quand ?	Avez-vous déjà eu des pertes de connaissance ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous des médicaments ?	Etes-vous sujet à des vertiges ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels ?	Etes-vous sujet à des nausées ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Avez-vous déjà eu une anesthésie locale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous pris des antibiotiques durant les 4 dernières semaines ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, cela vous a-t-il provoqué une réaction anormale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels ?	Laquelle ?
Avez-vous pris des anti-inflammatoires durant les 4 dernières semaines ?	
Si oui, lesquels ?	Avez-vous déjà eu un saignement prolongé, par exemple après une extraction dentaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Etes-vous sujet aux ecchymoses ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous pris antidépresseurs durant les 4 dernières semaines ?	Etes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels ?	Si oui, depuis combien de temps ?
Avez-vous un traitement par hormones de croissance ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous d’autres informations médicales à communiquer ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Etes-vous allergique à des antibiotiques ou à certaines substances ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, lesquelles ?
Etes-vous fumeur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	
Avez-vous eu une de ces maladies ?	
Maladie du sang <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date :
Maladie du foie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Signature du patient :

Hépatite B ou C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Signature du patient :
Maladie cardiovasculaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Le questionnaire médical de suivi
Maladie de la peau <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Le questionnaire médical doit être réactualisé à chaque nouvelle série de soins.
Maladie de l’estomac ou de l’intestin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Depuis votre dernière consultation dans ce cabinet, votre état de santé a-t-il changé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Epilepsie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	