

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL PATIENT Confidentiel

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

Nom et Prénom(s) du patient.....

Nom de jeune fille..... Date de naissance .....

Adresse .....

Tél domicile..... Tél portable..... Mail.....

Nom médecin traitant : .....

### INFORMATION COVID 19

#### **Etat du patient dans les 14 jours précédant le rendez-vous (entourez les cases correspondantes et précisez les dates d'apparitions) :**

|                                      |                  |                          |                  |
|--------------------------------------|------------------|--------------------------|------------------|
| Fièvre, précisez : ..... °C          | <b>OUI / NON</b> | Courbatures              | <b>OUI / NON</b> |
| Sensation de fièvre sans température | <b>OUI / NON</b> | Perte de goût / d'odorat | <b>OUI / NON</b> |
| Fatigue/malaise                      | <b>OUI / NON</b> | Céphalées/ maux de tête  | <b>OUI / NON</b> |
| Toux                                 | <b>OUI / NON</b> | Diarrhée                 | <b>OUI / NON</b> |

#### **Exposition à des risques dans les 14 jours précédant la date du rendez vous :**

Le patient a-t-il été en contact étroit(1) avec une personne ayant présenté les signes détaillés ci-dessus? **OUI / NON**

Le patient a-t-il été en contact étroit (1) avec un cas confirmé d'infection à SARSCoV-2 (COVID 19)? **OUI / NON**

Le patient présente-t-il des co-morbidités ? (diabète, insuffisance rénale, cardiaque ou pulmonaire, hypertension artérielle, asthme, terrain immuno-déprimé, traitement immunosuppresseur, âge > 70 ans...) **OUI / NON** Précisez :

ou un traitement quotidien? **OUI / NON**

(1) Un contact étroit est une personne qui a partagé le même lieu de vie (par exemple : famille, même chambre) que le cas confirmé ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins d'1 mètre du cas et/ou pendant plus de 15 minutes, au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas dans un moyen de transport de manière prolongée ; personne prodiguant des soins à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats

### RAISON DE LA VISITE

|                                     |  |  |                                |
|-------------------------------------|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Contrôle   | <input type="checkbox"/> Informations              | <input type="checkbox"/> Plombage brisé    | <input type="checkbox"/> Carie |
| <input type="checkbox"/> Extraction | <input type="checkbox"/> Dents, gencives sensibles | <input type="checkbox"/> Dent fracturée    | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Détartrage | <input type="checkbox"/> Douleur                   | <input type="checkbox"/> Prothèse Dentaire | .....                          |

### QUESTIONNAIRE DE SANTE - cochez lorsque vous êtes concerné(e)

#### **IL EST IMPÉRATIF DE SIGNALER AU PRATICIEN UNE ÉVENTUELLE GROSSESSE LORS DE VOS RENDEZ-VOUS**

|  |   |  |
|--|---|--|
| Troubles cardiaques <input type="checkbox"/>           | Allergies <input type="checkbox"/>                                | Si oui, lesquelles .....                                   |
| Troubles vasculaires-sanguins <input type="checkbox"/> | Autres maladies <input type="checkbox"/>                          | Si oui, précisez .....                                     |
| Troubles rénaux <input type="checkbox"/>               | Prenez-vous actuellement des médicaments <input type="checkbox"/> | .....  |
| Troubles digestifs <input type="checkbox"/>            | Troubles glandulaires-hormonaux <input type="checkbox"/>          |  |
| Troubles hépatiques <input type="checkbox"/>           | SIDA ou autre MST <input type="checkbox"/>                        | Cancer <input type="checkbox"/>                            |
| Troubles nerveux <input type="checkbox"/>              | Hépatite A <input type="checkbox"/>                               | Pacemaker <input type="checkbox"/>                         |
| Troubles pulmonaires <input type="checkbox"/>          | Hépatite B <input type="checkbox"/>                               | Hémorragies <input type="checkbox"/>                       |
| Diabète <input type="checkbox"/>                       | Hépatite C <input type="checkbox"/>                               | Êtes-vous suivi(e) par un médecin <input type="checkbox"/> |

Êtes-vous fumeur ? Si oui combien de cigarettes par jour ? .....

Signature patient :

Date :

**TOUTE MODIFICATION DOIT ÊTRE SIGNALÉE AU PRATICIEN**