

QUESTIONNAIRE DE SANTE

NOM : PRENOM :
NE(E) LE : PROFESSION :
ADRESSE :
TEL DOMICILE : BUREAU : PORTABLE :
ADRESSE(E) PAR :
MEDECIN TRAITANT TEL :
N° SECURITE SOCIALE : N° CMU :
ADRESSE e – mail.....

Merci de bien vouloir remplir, avec le plus de précision possible, cette fiche strictement confidentielle, dont les renseignements peuvent être utiles à la conduite de votre traitement.

*Etes-vous en bonne santé ?
Connaissez-vous votre tension artérielle ?
Suivez-vous un traitement médical actuellement ?
Si oui, pour quelles raisons ?
Prenez-vous des médicaments en ce moment ?
Si oui, lesquels ?
Prenez-vous ou avez-vous pris des biphosphonates : en cachet ou par voie intraveineuse ?.....*

Entourez les maladies que vous avez ou que vous avez eues :

*Troubles cardiaques – Rhumatisme articulaire aigu – Tuberculose – Hépatite – Diabète – Epilepsie –
Spasmophilie – Crise de tétanie – Gastrite – Ulcère gastrique – Anémie – Hyperthyroïdie –
Affection rénale – Affection allergique (asthme, eczéma, urticaire...)
Autres maladies :*

*Etes-vous séropositif (HIV) ?
Avez-vous tendance aux évanouissements ?
Avez-vous subi un traitement par irradiation ?
Avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales ?
Si oui, lesquelles ?
Etes-vous allergique à certains produits ou médicaments (aspirine, iode...) ?
Si oui, lesquels ?
Souffrez-vous d'ostéoporose ?
Si oui, quels médicaments prenez-vous ?
Etes-vous enceinte ?
Si oui, de combien de mois ?
Saignez-vous facilement ?
Vous faites-vous facilement des bleus ?
Avez-vous eu des saignements anormaux lors d'interventions chirurgicales ou dentaires ?
Avez-vous eu des réactions anormales aux anesthésiques locaux ?
Avez-vous eu des complications associées à un traitement dentaire précédent ?
Avez-vous eu un problème quelconque de santé qui n'est pas mentionné ici ?
Quelle est la raison de votre visite ?*

DATE :
SIGNATURE :