



QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom et prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél domicile : Portable :

Mail : Profession :

Adressé ou recommandé par :

Raison de la visite :

Date approximative du dernier examen dentaire :/...../.....

Etat de santé général

	Oui	Non		Oui	Non
Etes-vous en bonne santé ?			Allergies, lesquelles ?		
Troubles cardiaques, lesquelles ?			Troubles glandulaires		
Troubles vasculaires			SIDA / HIV		
Troubles rénaux			Hépatite		
Troubles digestifs			Cancer / radiothérapie/ chimio		
Troubles hépatiques			Grossesse		
Troubles pulmonaires / asthme			Diabète		
Suivez-vous un traitement médical en ce moment ? Si oui lequel ?					
Prenez –vous des médicaments de manière quotidienne ? Si oui lesquels ?					

Tournez la page, SVP !



HAUT SÉGALA *dentaire*

Renseignements complémentaires

Etes-vous fumeur ? oui / non

Si oui, combien de cigarettes par jour :

Avez-vous des saignements prolongés après une extraction chirurgicale : oui / non

Etes-vous sous traitement biphosphonates (pour cancer du sein, prostate, ostéoporose) (ex : Aclasta, Fosamax, Actonel, Fosavance, Bonvival, Optruma...) : oui / non

Hygiène Dentaire

Vous utilisez une brosse à dent :

- Dure
- Moyenne
- Souple
- Electrique

Vous vous brossez les dents :

- 1 fois par jour
- 2 fois par jour
- 3 fois par jour

A quel rythme changez-vous de brosse à dent :

En complément du brossage vous utilisez :

- Du fil dentaire
- Une brosse à dents
- Un jet dentaire

Date et signature :

Signature du praticien :