

# QUESTIONNAIRE MEDICAL

La connaissance précise du passé médical du patient nous est indispensable pour adapter notre conduite thérapeutique, aussi nous vous remercions de bien vouloir remplir ce document avec précision .

Ce questionnaire est strictement confidentiel

Nom et prénom du patient : .....

Date de naissance : .....

Sexe F M

Adresse : .....

.....

Profession du responsable légal: .....

Nom du chirurgien dentiste traitant : .....

Date de la dernière visite chez le chirurgien dentiste : .....

Le patient présente -t-il ou a-t-il présenté une ou plusieurs des pathologies chronique ou affection de longue durée ( si oui cochez et précisez )

- |                                     |     |     |
|-------------------------------------|-----|-----|
| • Maladie héréditaire .....         | Oui | Non |
| • Troubles de la croissance .....   | Oui | Non |
| • Troubles posturaux .....          | Oui | Non |
| • Troubles ostéo-articulaires ..... | Oui | Non |
| • Rhumatisme articulaire aigu ..... | Oui | Non |
| • Epilepsie .....                   | Oui | Non |
| • Pathologie cardiaque .....        | Oui | Non |
| • Pathologie rénale .....           | Oui | Non |
| • Troubles de la coagulation .....  | Oui | Non |
| • Troubles alimentaire .....        | Oui | Non |
| • Diabète .....                     | Oui | Non |
| • Maladie virale .....              | Oui | Non |
| • Pathologie pulmonaire .....       | Oui | Non |
| • Asthme .....                      | Oui | Non |

Pour les filles date des premières règles .....

Le patient prend- t- il des médicaments :

Oui Non

Si oui les quels .....

Le patient est-il allergique ?

Oui



Si oui lesquelles

- Métaux .....
- Latex
- Pollens .....
- Autres .....

Le patient est sujet aux problèmes ORL ?

- Rhumes ..... Oui Non
- Sinusites ..... Oui Non
- Angines ..... Oui Non
- Otites ..... Oui Non
- Ronflements nocturnes ..... Oui Non
- Difficultés respiratoires ..... Oui Non
- Autres ..... Oui Non

Le patient a-t-il été opéré des

- Amygdales ..... Oui Non
- Végétations ..... Oui Non
- Paracentèses ..... Oui Non

Le patient a-t-il subi un

- Traumatisme facial ..... Oui Non
- Traumatisme dentaire ..... Oui Non

Le patient prend-t-il actuellement des médicaments .....

Oui Non

Si Oui les quels et depuis combien de temps

.....  
.....

Avez-vous d'autres problèmes à nous signaler ?

.....  
.....

**Nous attirons votre attention sur l'importance de nous informer de tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement**

**Date**

**Signature**