



Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel domicile : _____ Portable : _____

Date de naissance : _____ Profession : _____

Adresse e-mail : _____

Adressé et/ou recommandé par : _____

Motif de consultation : _____

Date du dernier examen dentaire : _____

Questionnaire de santé

	Oui	Non		Oui	Non
Etes-vous en bonne santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrose (préciser zone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles vasculaires/sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui précisez lesquelles : _____		
Troubles rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Troubles digestifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles hormonaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles hépatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles nerveux/épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles pulmonaires/asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pathologie cancéreuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, localisation : _____		
Etes vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre maladie : _____		

Si oui, depuis combien de temps : _____

Suivez vous un traitement médical en ce moment ? Oui Non

Si oui pour quelle(s) raison(s) : _____

Lesquels ? : _____

(Si prise de plusieurs médicaments de façon régulière, fournir un exemplaire de l'ordonnance)

Nom du médecin traitant : _____

Renseignements complémentaires

Etes-vous fumeur ? Oui Non Si oui, nombre de cigarettes/jour : _____ depuis _____ années

Avez-vous été traité par radiothérapie (traitement pathologie cancéreuse) ? Oui Non

Si oui, date et localisation : _____

Avez-vous eu des saignements prolongés après extraction dentaire ? Oui Non

Etes-vous sous traitement par biphosphonates ? Oui Non

(ex : Aclasta®, Actonel®, Fosamax®, Bonviva®, Optruma®,)

Date :

Signature :