

Questionnaire Médical Patient

Veuillez remplir ce questionnaire strictement confidentiel. Merci de le remplir complètement pour mieux vous soigner.

Nom, Prénom : Né(e) le :
Adresse :
Numéro de téléphone : Profession :
N° de sécurité sociale : _____ Mutuelle/ Complémentaire :
Nom du médecin traitant : Sa commune :
Poids : Taille : Tension artérielle :

Motif de consultation :

Au niveau général :

Êtes-vous enceinte ? OUI NON
Avez-vous des vertiges ? OUI NON
Avez-vous des hématomes ? OUI NON
Dormez-vous bien ? OUI NON
Faites-vous du sport ? OUI NON
Fumez-vous ? OUI NON
Combien ?
Avez-vous été vacciné ? OUI NON
Quel(s) vaccin(s) ?
Êtes-vous allergique ? OUI NON
Quelle(s) origine(s) ?
Êtes-vous sous OUI NON
surveillance radiologique ?

Avez-vous / êtes-vous atteint d'une des affections suivantes ?

- | | |
|--|--|
| ☐ Diabète | ☐ Urogénitale |
| ☐ Neurologique | ☐ Vasculaire |
| ☐ Pulmonaire | ☐ Affection chronique |
| ☐ Cardiaque | ☐ Endocrinien |
| ☐ Gastroduodénale | ☐ Hépatique/ vésiculaire |
| ☐ Pathologie infectieuse | ☐ Intestinale |
| ☐ Pathologie psychiatrique | ☐ Rhumatisme articulaire aiguë |

Avez-vous un traitement en cours* ?

- ☐ Anti-inflammatoire.....
- ☐ Antidouleur.....
- ☐ Antibiotique.....
- ☐ Anticoagulant.....
- ☐ Antidépresseur.....
- ☐ Antihypertenseur.....
- ☐ Antidiabétique.....

**Si oui, merci de nous fournir une copie de la prescription.*

Autre élément à signaler :

.....
.....

Au niveau dentaire :

Date de la dernière consultation :
Vous ressentez : une gêne
une douleur
un souci esthétique
Avez-vous des difficultés : à manger
à dormir
à parler
Avez-vous subi un dommage dentaire suite à un traumatisme facial ? OUI NON
Avez-vous déjà eu une réaction après une anesthésie locale ? OUI NON

Au niveau parodontal :

Souffrez-vous des gencives ? OUI NON
Vos parents ont-ils perdu des dents à cause d'un problème de gencive ? OUI NON
Avez-vous l'impression d'avoir mauvaise haleine ? OUI NON
Avez-vous la bouche sèche ? OUI NON
Date du dernier détartrage

Votre hygiène :

Quand vous brossez-vous les dents ?
Matin Midi Soir
Entre les repas, consommez-vous des sucreries ou des boissons sucrées ? OUI NON
Utilisez-vous du fil dentaire ? OUI NON
Utilisez-vous des brossettes inter-dentaires ? OUI NON
Mâchez-vous du chewing gum ? OUI NON

Date :

Signature :