

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.  
 Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

Mme  Melle  M.  **Nom :** ..... **Prénom :** .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Email : ..... Tél. : .....

N° de Sécurité Sociale : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ Profession: ..... Date de naissance : .....

Poids : ..... kg Taille : ..... m Tension artérielle : ..... Groupe sanguin : .....

Médecin traitant : ..... Tél. : .....

Date du dernier examen médical : .....

Liste des médicaments pris actuellement : .....

## MODE DE VIE

<b>Alimentation</b>	-	N	+	<b>Tabac</b>	Non	Oui	Cig/j :
<b>Sommeil</b>	-	N	+	<b>Boisson</b>	Non	Oui	Verres/j :
<b>Forme</b>	-	N	+	<b>Drogue (I.V.)</b>	Non	Oui	

## AFFECTIONS

<p style="text-align: center;"><b><u>Cardio-vasculaires</u></b></p> <p>Souffle cardiaque                  Angines de poitrine                  Infarctus                  Douleurs thoraciques                  Essoufflement                  R.A.A. (Rhumatisme articulaire aigu )                  Malformation congénitale                  Hypertension                  Athérosclérose</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Pulmonaires</u></b></p> <p>Tuberculose                  Asthme Allergie                  Bronchite chronique                  Pleurésie</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Rénales</u></b></p> <p>Albuminurie                  Néphrite                  Insuffisance rénale                  Urée</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Gastro-intestinales et digestives</u></b></p> <p>Brûlures                  Ulcère                  Nausées                  Vomissements                  Hépatite virale A - B - C (préciser)                  Bouche sèche                  Hyper salivation</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Neurologiques</u></b></p> <p>Maux de tête                  Malaises                  Vertiges                  Perte de connaissance                  Convulsions                  Paralysie                  État dépressif</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Endocriniennes et métaboliques</u></b></p> <p>Troubles hormonaux                  Troubles thyroïdiens                  Diabète équilibré : oui - non</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Hématologiques</u></b></p> <p>Troubles : Globules rouges                  Globules blancs                  Constantes biologiques                  Coagulation                  Autres</p> <p>Traitement anticoagulant                  Transfusion sanguine : oui - non date : / /                  VIH+ : oui - non</p> <p style="text-align: center;"><b><u>ORL- Ophthalmologiques</u></b></p> <p>Nez                  Gorge                  Oreilles                  Yeux</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Allergiques</u></b></p> <p>Anesthésiques                  Antibiotiques                  Aspirine                  Antalgiques                  Teintures                  Aliments                  Autres</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Autres</u></b></p> <p>Nombre d'enfants : ..... nombre de grossesses : .....                  Date prévue d'accouchement si grossesse en cours : .....                  Interventions chirurgicales (dentaires et autres) : .....</p> <p>Hospitalisations : .....</p> <p>Séjours en pays d'endémie : .....</p>
--	---

**Date :** .....

**Signature :** .....