

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.

Nom : Prénoms :
Date et lieu de naissance : Profession :
Adresse :
Téléphone : Portable :
E-mail :

Motif de consultation :
Qui vous a adressé chez nous ? Aide médicale, CMU ? ☐ Oui ☐ Non
Tension Artérielle : Groupe Sanguin :
Tabac : ☐ Oui ☐ Non / si oui combien par jour ? Interventions chirurgicales :
Alcool : ☐ Oui ☐ Non / si oui combien par jour ? Hospitalisations :
Nombre d'enfants : Date de transfusions éventuelles :
Nombre de grossesses : Date prévue de l'accouchement :
Traitements en cours : ☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquels :

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES :

- | | |
|---|---|
| ☐ Souffle au cœur | ☐ Angine de poitrine |
| ☐ Douleurs thoraciques | ☐ Infarctus |
| ☐ Essoufflement | ☐ RAA |
| ☐ Hypertension | ☐ Athérosclérose |
| ☐ Malformation congénitale | |

AFFECTIONS PULMONAIRES :

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ Tuberculose | ☐ Asthme |
| ☐ Allergie | ☐ Pleurésie |
| ☐ Bronchite chronique | |

AFFECTIONS RENALES :

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ Albuminurie | ☐ Insuffisance rénale |
| ☐ Néphrite | ☐ Urée |

AFFECTIONS GASTRO-DUODENALES ET DIGESTIVES :

- | | |
|--|---|
| ☐ Brûlures | ☐ Ulcères |
| ☐ Nausées | ☐ Vomissements |
| ☐ Hépatite virale | ☐ Hyper salivation |

AFFECTIONS ALLERGIQUES :

- | | |
|--|--|
| ☐ Aux anesthésiques | ☐ Aux antibiotiques |
| ☐ À l'aspirine | ☐ Aux antalgiques |
| ☐ Aux teintures | ☐ Aux aliments |
| ☐ Autres : | |

AFFECTIONS ENDOCRINIENNES :

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ Troubles hormonaux | ☐ Diabète |
| ☐ Troubles thyroïdiens | ☐ Cholestérol |

AFFECTIONS NEUROLOGIQUES :

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ Maux de tête | ☐ Malaise |
| ☐ Vertiges | ☐ Perte de connaissance |
| ☐ Convulsion | ☐ Paralysie |
| ☐ Dépression | |

AFFECTIONS ORL ET OPHTALMO :

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Nez | ☐ Gorge |
| ☐ Oreilles | ☐ Yeux |

AFFECTIONS HEMATOLOGIQUES :

Date du dernier bilan sanguin :
Troubles : ☐ Globules Rouges :
☐ Globules Blancs :
☐ Constantes biologiques :
☐ Coagulation :
Autres :
Traitement par anticoagulant :

Date : Signature :

Ce cabinet dentaire dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de ce cabinet. Vous pouvez avoir accès à votre dossier en vous adressant à votre chirurgien-dentiste*. *Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Cabinet dentaire du Dr Olivier RAPOPORT - 1 rue de coeuilly - 94350 Villiers sur Marne

Tél. : 01 49 41 06 44 - Fax : 01 49 41 91 64 - <http://docteur-rapport.fr>