



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 :
Tél. : Date de naissance : Profession:
Email :
Numéro de Sécurité Sociale : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

RAISON DE VOTRE VISITE : (merci de remplir au mieux les différentes rubriques)

Êtes-vous envoyé (e) par un de nos dentistes correspondants : oui non
Nom de votre dentiste traitant :
Éprouvez-vous aujourd'hui une gêne ? Une douleur ? :
Un problème esthétique ? :
Éprouvez-vous des difficultés à manger ?, A parler ?, Autres ? :
Expliquez :

Date de la dernière visite chez un dentiste :
Fréquence des détartrages :
Fréquence des brossages :
Utilisez-vous des brossettes inter dentaire ? oui non
Du fil dentaire ? oui non
Est-ce que vous fumez ? oui non
Combien de cigarettes jour ?
Depuis combien de temps ?
Êtes-vous allergique ? : oui non
Aux pollens ? oui non
Aux médicaments ? oui non
Lesquels ?
Autre allergie :
Prenez-vous un traitement médicamenteux ? oui non
Quels médicaments ? : (Sinon, copie de votre ordonnance)
Avez-vous eu une réaction particulière suite à un traitement ? oui non
Si oui, A quel traitement ? :
Prenez-vous des : immunosuppresseurs ? oui non
Des antidépresseurs ? oui non
Des traitements corticoïdes ? oui non
Des anticoagulants ? oui non
Troubles hépatiques : oui non
Diabète : oui non (Équilibré Sous insuline Sous médicaments)
Cancer : oui non (Radiothérapie Chimiothérapie)

Risque de glaucome :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles circulatoires :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rhumatismes articulaires aigus :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles digestifs :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
M.S.T. :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hépatites :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
H.I.V.:	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles oculaires :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tuberculose :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles hépatiques :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Complication de cicatrisation :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Problèmes intestinaux :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Asthme :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles pulmonaires :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Problèmes hormonaux :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles cutanés :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres :	

Prenez-vous ou avez-vous pris un des médicaments suivants : (cochez la case correspondante)

<input type="checkbox"/> Actonel	<input type="checkbox"/> Arédia	<input type="checkbox"/> Fosamax
<input type="checkbox"/> Clastoban	<input type="checkbox"/> Didronel	<input type="checkbox"/> Paninject
<input type="checkbox"/> Oste pam	<input type="checkbox"/> Pamidronate	<input type="checkbox"/> Skelid
<input type="checkbox"/> Zometa	<input type="checkbox"/> Lytos	<input type="checkbox"/> Bondronat
<input type="checkbox"/> Bonviva	<input type="checkbox"/> Fosavance	

Quand avez-vous consulté votre médecin traitant pour la dernière fois ?

Noms des médecins généralistes et ou spécialistes :

Antécédents familiaux (problèmes dentaires) :

Êtes-vous enceinte ?

De combien de mois ?

Nom de votre gynécologue :

Avez-vous déjà subi une anesthésie locale : oui non

Avez-vous déjà eu une complication suite à une anesthésie oui non

Dans le cas où votre consultation est conseillée par un de nos confrères correspondants, Les Docteurs Boiron, Caille, Girard et Lavesque s'engagent à leurs transmettre un compte rendu détaillé dans les meilleurs délais.

Je, soussigné (e),

déclare avoir lu, compris et répondu au questionnaire médico-dentaire ci-dessus, au meilleur de ma connaissance, je m'engage à vous aviser de tout changement de mon état de santé. J'autorise la constitution de mon dossier, son suivi et reconnais que celui-ci sera conservé au cabinet et que seuls les dentistes et leur personnel y auront accès, je reconnais aussi mon droit de le consulter.

Date :

Votre signature :

Le 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, Drs Lavesque, Caille, Girard, Boiron - 10 rue de Lattre de Tassigny - Résidence Jean Moulin - 84130 Le Pontet
Tél. : 04 90 31 11 27 - Fax : 04 90 31 27 34 /sel@lavesque.com - <http://selarl-jacques-lavesque.chirurgiens-dentistes.fr/>