



**QUESTIONNAIRE MEDICAL (CONFIDENTIEL)**

DATE : .....

NOM : .....

ADRESSE : ..... Code postal : ..... Commune : .....

Tel : ..... GSM : .....

Date de naissance : ..... Sexe : F / M

E-mail : .....

VEUILLEZ REpondre A CHAQUE QUESTION (rayer ce qui ne convient pas)

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1. Etes-vous sous contrôle médical régulier (les 2 dernières années) ?                        | OUI | NON |
| 2. Etes-vous allergique à la pénicilline ou à d'autres médicaments ?                          | OUI | NON |
| 3. Avez-vous déjà réagi anormalement lors d'une anesthésie ?                                  | OUI | NON |
| 4. Avez-vous déjà eu des problèmes lors d'un traitement dentaire ?                            | OUI | NON |
| 5. Avez-vous peur d'un traitement dentaire ?  | OUI | NON |
| 6. Souffrez-vous de saignements anormaux après une blessure ou après une extraction de dent ? | OUI | NON |
| 7. Entourez le nom des affections médicales dont vous avez souffert :                         |     |     |

Crise cardiaque	Asthme	Arthrite
Souffle au coeur	Eczéma	Epilepsie
Lésion cardiaque congénitale	Rhume des foins	Sinusite
Rhumatisme articulaire aigu	Tuberculose	Syncopes (Evanouissements)
Hypertension	Hépatite	Traitement psychiatrique
Anémie	Jaunisse	Tumeur
Diabète	Syphilis	HIV

8. Avez-vous souffert d'autres maladies non reprises dans la liste ci-dessus ? Si oui, lesquelles ? .....

9. Avez-vous pris un des médicaments suivants ces 6 derniers mois ?

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| a) cortisone au autres stéroïdes (Tels que Solu-cortef, Oradexon, Deltacortril, Kenacort ou autres)                             | OUI | NON |
| b) anticoagulants (Tels que Pradaxa, Eliquis, Xarelto, Marcoumar, Marevan, Sintrom, Plavix, Brilique, Efiënt, Ticlid ou autres) | OUI | NON |
| c) Somnifères ou antidépresseurs (Tels que Seresta, Temesta, Mogadon, Valium ou autres)   | OUI | NON |
| d) Insuline   | OUI | NON |
| e) Bifosfonates (Tels que Fosamax, Bondronat, Bonviva, Actonel, Aclasta, Zometa, Alendronate, Fosavance ou autres)              | OUI | NON |

10. Utilisez-vous fréquemment d'autres médicaments ? Si oui, lesquels ? .....

**A REMPLIR UNIQUEMENT PAR LES PERSONNES DE SEXE FEMININ**

11. Y-a-t-il risque d'une grossesse éventuelle ? OUI NON

Si oui, date présumée de la naissance : ...../...../.....

---

Problème dentaire :

---

**Si vous ne vous présentez pas à votre rendez-vous, sans prévenir (au moins 1 jour au préalable), 50 € par demi-heure prévue vous sera facturé.**

Nous vous remercions pour votre compréhension.

SIGNATURE