

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom et Prénom : _____ Age : _____ Sexe F M

Date du dernier examen dentaire : _____ Profession : _____

Prenez-vous actuellement des médicaments ? _____ Lesquels et depuis quand ? _____

Nom du médecin traitant :

Fumez vous ? _____ combien par jour ? _____

Avez-vous des problèmes de santé ?

CARDIAQUES VASCULAIRES

Hypertension

Artérite

Angine de poitrine

Infarctus

Douleurs thoraciques

CARDIAQUES VALVULAIRES

Souffle cardiaque

Malformation opérée ou non

Rhumatisme articulaire aigu

DIABETE

Etes-vous diabétique ?

Si oui, êtes-vous suivi ?

Votre diabète est-il équilibré ?

ALLERGIES

Etes-vous allergique ?

Aux pénicillines ?

A d'autres médicaments, si oui lesquels ?

A des métaux, si oui lesquels ?

A d'autres produits, si oui lesquels ?

POUR VOUS MESDAMES :

Etes-vous enceinte ?

Etes-vous (ou avez-vous été) traitée pour l'ostéoporose ?

DIGESTIFS

Brûlures d'estomac

Ulcère

NERVEUX

Perte de connaissance

Dépression

Crises nerveuses

RENAUX

Insuffisance rénale

Urémie

Hémodialyse

GLANDULAIRES

Thyroïde

Surrénales

Hypophyse

SANGUINS

Purpura

Hémophilie

Saignez-vous beaucoup après une coupure ou piqûre ?

AUTRES MALADIES :

IRRADIATIONS

Avez-vous été irradié ?

Traitement rayons X

Fait le / /

Signature :