

Nom	
Prénom	
Sexe	M F
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Adresse personnelle :	
Numéro de téléphone personnel :	
Profession :	
Numéro de téléphone professionnel :	
Date approximative du dernier bilan de santé :	
Nom du médecin traitant	
téléphone	

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Pour améliorer votre prise en charge et éviter toute interférence de vos soins et traitements à venir avec des soins ou traitements déjà réalisés, nous avons besoins d'informations.

Nous vous remercions de l'attention et du temps que vous voudrez bien consacrer à **remplir soigneusement et signer ce questionnaire.**

Nous vous rappelons que les données médicales que vous voudrez bien nous communiquer sont confidentielles et ne sortiront en aucun cas de notre équipe soignante sans votre autorisation. **Elles peuvent être vitales pour vous.**

**Etat de santé Générale :**

Combien fumez-vous de cigarettes quotidiennement ?  
**(entourez la réponse qui vous concerne)**

Avez-vous connaissance de problèmes ?

**Cardiovasculaires :**

- Vasculaires (attaque, AVC, phlébite, artérite), précisez  O  N
- Infarctus ou Angor (angine de poitrine), précisez  O  N
- Souffle important ou malformation cardiaque, précisez  O  N
- Stimulateur cardiaque, une prothèse cardiaque, précisez  O  N
- Risque d'endocardite ?  O  N
- Hypertension traitée équilibrée ?  O  N
- Hypertension traitée mais mal équilibrée, ou non traitée ?  O  N
- Glaucome  O  N
- Fragilité vasculaire ou capillaire (hématômes fréquents)  O  N
- Troubles d'hémostase, coagulation, saignement ?  O  N

Si oui, précisez

**Digestifs :**

- Brûlures d'estomac spontanées (gastrites)  O  N
- Brûlures d'estomac déclenchées (précisez)  O  N
- Ulcère gastro-duodéal, hernie hiatale  O  N

**Hépatiques :**

- Hépatite virale  A  B  C  autre :
- Hépatite toxique  O  N
- Coliques hépatiques (lithiase biliaire)  O  N
- Insuffisance hépatique  O  N

**Rénaux :**

- Glomérulonéphrite  O  N
- Coliques néphrétiques  O  N
- Hyper uricémie (goutte)  O  N
- Insuffisance rénale  O  N

**Endocriniens :**

- Diabète traité et équilibré ?  O  N
- Diabète traité mais instable ?  O  N
- Quel traitement ?  O  N
- non traité ?  O  N
- Autre problème hormonal ?(précisez)  O  N

**Osteoporose, Mld PAGET, prévention Cancer osseux**  O  N

Prenez-vous des médicaments régulièrement?  O  N  
 Si oui, lesquels ?

Les anesthésies locales vous sont-elles généralement efficaces?  O  N

Consommez vous de l'alcool quotidiennement ?  O  N

**Neurologiques :**

- Antécédents de pertes de connaissance ?  O  N
- Dans quelles conditions ?
- Crises de spasmophilie, de tétanie ?  O  N
- Dépression  O  N
- Traitée (précisez)?  O  N
- Anxiété  O  N
- Traitée (précisez)?  O  N
- Epilepsie  O  N

**Gynécologiques :**

- Est-il possible que vous attendiez un enfant ?  O  N
- Si oui, connaissez-vous la date de conception ?
- Contraception par stérilet ?  O  N
- Contraception par pilule (précisez)  O  N

**Pulmonaires :**

- Toux chroniques  O  N
- Asthme  O  N

**Allergiques :**

- Au latex  O  N
- Au nickel (bijoux fantaisie)  O  N
- A l'iode, à la Girofle  O  N
- Aux pénicillines  O  N
- Aux tétracyclines, aux macrolides  O  N
- A l'aspirine ou aux anti-inflammatoires  O  N
- A d'autres médicaments (précisez)  O  N
- A des plantes (précisez)  O  N

**Immunologiques :**

- Risque de déficience immunitaire  O  N
- liée à des immuno-dépresseurs (greffe, SEP)  O  N
- liée au HIV (SIDA, séropositivité)  O  N
- Corticothérapie, pourquoi ?  O  N
- Chimiothérapie, pourquoi ?  O  N
- Radiothérapie, où ?  O  N

**ORL :**

- Sujet aux otites  O  N
- Sujet aux sinusites  O  N
- Troubles d'audition, vertiges (précisez)  O  N
- Angines à répétition  O  N
- Troubles de l'haleine  O  N
- Ronflements importants, apnée du sommeil ?  O  N

Date approximative du dernier bilan dentaire :

Objet de votre visite de ce jour (si douleurs, précisez où, quand, et ce qui les aggrave):

- Avez-vous connaissance de serrer ou grincer les dents de façon régulière et excessive ?  O  N
- Pratiquez-vous un sport à fort risque dentaire (rugby, football, handball, sports de combat, plongée) ?  O  N
- Jouez-vous d'un instrument à vent ?  O  N
- Avez-vous subi un traitement orthodontique (ODF)?  O  N avec ou sans chirurgie ?
- Avez-vous été traité(e) pour vos gencives ?  O  N avec ou sans chirurgie ?
- Etes-vous satisfait(e) de votre état dentaire ?  O  N
- Etes-vous satisfait(e) de votre état gingival ?  O  N
- Jugez-vous important de l'améliorer  O  N
- si oui, qu'en pensez-vous ?

Que pensez-vous de vos habitudes alimentaires quant à votre denture ?  Très bonnes  Bonnes  Perfectibles

Que pensez-vous de vos habitudes de brossage quant à votre denture ?  Très bonnes  Bonnes  Perfectibles

Avez-vous des observations à formuler ?

Signature