

# Questionnaire médical

L'exécution des soins engage la responsabilité de votre Chirurgien-dentiste. Afin d'éviter tout risque d'accident médical, nous vous remercions par avance de votre bonne coopération pour le questionnaire médical suivant qui est strictement confidentiel.

Nom : .....	Prénom : .....	Date de naissance : .....
Profession : .....	Nom du médecin généraliste : .....	
Taille : .....	Poids : .....	
Date de votre dernière visite chez le dentiste : .....		
Motif de la consultation : .....		

## 1. Habitudes

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| - Pratiquez-vous une activité sportive régulière ? Laquelle ? .....  | oui | non |
| - Fumez-vous ? Consommation par jour, depuis combien d'année ? ..... | oui | non |
| - Consommez-vous de l'alcool ?                                       | oui | non |
| - Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?                      | oui | non |

## 2. Pathologies et antécédents

- |   |     |     |                                      |     |     |
|---|-----|-----|--------------------------------------|-----|-----|
| - Diabète   | oui | non | - Rénale ou urinaire                 | oui | non |
| - VIH   | oui | non | - Neurologique (AVC, épilepsie...)   | oui | non |
| - Hépatite  | oui | non | - Respiratoire (asthme)              | oui | non |
| - Cancer  | oui | non | - Sanguine (anémie, hémophilie...)   | oui | non |
| - Hypertension artérielle   | oui | non | - Endocrinienne (thyroïde...)        | oui | non |
| - Cardiaque (infarctus, malformation...)  | oui | non | - Psychiatrique nécessitant la prise |     |     |
| - Port de pile cardiaque (pacemaker)  | oui | non | médicament                           | oui | non |
| - Port de prothèse (valve cardiaque, articulation)  | oui | non | - TCA (anorexie boulimie)            | oui | non |
| - Digestive ou gastrique  | oui | non | - Perte de connaissance, vertiges    | oui | non |
| - Neurologique (AVC, épilepsie...)  | oui | non |                                      |     |     |
| - Autres .....  |     |     |                                      |     |     |
| - Antécédents chirurgicaux .....  |     |     |                                      | oui | non |
| - Votre médecin vous a-t-il demandé de prendre un antibiotique avant chaque soin dentaire ? |     |     |                                      | oui | non |
| - Etes-vous immunodéprimé ?   |     |     |                                      | oui | non |

## 3. Traitements médicaux (merci de joindre votre ordonnance)

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| - Antiagrégant (kardégic, plavix, brilique)  | oui | non |
| - Anticoagulant (préviscan, sintrom, coumadine, xarelto, eliquis, pradaxa)   | oui | non |
| - Traitement de prévention des risques de fractures ou pour l'ostéoporose (à base de comprimés ou injection annuelle / Biphosphonates) | oui | non |
| - Autres .....   |     |     |

## 4. Allergies

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| - Médicament (antibiotique, codéine, autres) ..... | oui | non |
| - Kiwi, banane, latex, métaux .....                | oui | non |
| - Cutanée, respiratoire, saisonnière .....         | oui | non |
| - Autres .....                                     |     |     |

## 5. Problèmes bucco-dentaires

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| - Craquement ou douleur à l'ouverture ou fermeture des mâchoires              | oui | non |
| - Serrez-vous ou grincez-vous des dents la journée ou la nuit ?               | oui | non |
| - Maux de tête matinaux (tempes, mâchoire) .....                              | oui | non |
| - Habitude de mordiller quelque chose (stylo, joues, lèvres) .....            | oui | non |
| - Mâchez-vous des deux côtés ?  | oui | non |
| - Avez-vous des difficultés à :   |     |     |
| • Parler  | oui | non |
| • Avaler  | oui | non |
| • Mastiquer (mâcher)  | oui | non |
| • Dormir (sommeil agité, apnée du sommeil, ronflement, réveil nocturne) ..... | oui | non |
| - Somnolence, fatigue, difficulté de concentration la journée .....           | oui | non |
| - Saignement des gencives au brossage ou spontanément                         | oui | non |
| - Gencives rétractées ou dents qui se déchaussent                             | oui | non |
| - Nombre de brossage de dent par jour ? .....                                 |     |     |
| - Utilisez-vous du fil dentaire ou des brossettes interdentaires ?            | oui | non |

Je soussigné(e) ....., responsable légal de ....., certifie la véracité des informations mentionnées ci-dessus et m'engage à avertir le Docteur en cas de modification de ces renseignements.

**Date et signature :**