

Questionnaire médical adulte à remplir avant la première consultation au cabinet

Remplissez le formulaire directement sur votre ordinateur en utilisant Acrobat et imprimez-le, ou imprimez-le et complétez-le à la main.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRIQUES

Nom et prénom : M. / Mme / Mlle..... Date de naissance :.....

Adresse complète :.....

Profession :.....

Tél. domicile / Tél. portable :.....

Email :.....

Dentiste traitant:

Numéro de sécurité sociale :..... CMU ? NON OUI

Caisse : CPAM MSA MGEN

Quel est le motif de votre consultation :

Qui vous a conseillé le cabinet ? Parent Ami Docteur Internet Autre:.....

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

- Épilepsie : Non Oui
- Rhumatisme :
Non Oui Précisez :
- Asthme : Non Oui
- Hépatite A, B ou C : Non Oui
- Syncopes, vertiges : Non Oui
- Maladies cardiaques-valvulaires :
Non Oui Précisez :
- Problèmes nerveux :
Non Oui Précisez :
- Tension artérielle : Non Oui
- Tuberculose : Non Oui
- Crise de tétanie : Non Oui
- Troubles sanguins / problèmes circulatoires :
Non Oui Précisez :
- Troubles du sommeil :
Non Oui Précisez :
- Troubles des reins :
Non Oui Précisez :
- Ulcère à l'estomac : Non Oui
- Désordres hormonaux :
Non Oui Précisez :
- Problèmes thyroïdiens : Non Oui
- Diabète : Non Oui
- Troubles articulaires (pose de prothèse) :
Non Oui Précisez :
- Diminution de l'audition : Non Oui
- Cancer :
Non Oui Précisez :
- Rhumes fréquents ou sinusites :
Non Oui Précisez :
- Virus HIV : Non Oui
- Maux de tête fréquents : Non Oui
- Problèmes oculaires :
Non Oui Précisez :
- Autres maladies :
Non Oui Précisez :

ALLERGIES CONNUES

Médicaments : Non Oui Précisez :

Aliments : Non Oui Précisez :

Anesthésique local : Non Oui

Latex : Non Oui

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

Prenez-vous un traitement médicamenteux ou en avez-vous déjà pris un au cours des 6 derniers mois ?

Non Oui Précisez :

Avez-vous été récemment exposé aux rayons X (scanner, radiothérapie...) ?

Non Oui Précisez :

Etes-vous traité contre l'ostéoporose ?

Non Oui Médicaments :

Fumez-vous ?

Non Oui Cigarettes / jour :

Avez-vous déjà été hospitalisé ou avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ?

Non Oui Opération et date :

Etes-vous enceinte ?

Non Oui Accouchement le :

Allaitez-vous ?

Non Oui

Avez-vous été ou êtes vous suivi par un :

Osthéopathe Kinésithérapeute ORL

Pour quelle raison ?

QUESTIONNAIRE DENTAIRE

Dernière visite chez votre dentiste :

0-6 mois 6-12 mois

+ de 12 mois précisez :

Actes effectués lors de votre dernière visite :

.....

Avez-vous réalisé une radio de vos dents depuis moins de 3ans ?

Non Oui

Vos dents de sagesse sont-elles sorties ?

Non Oui

Vos dents de sagesse ont-elle été extraites ?

Non Oui

Vos gencives saignent-elles fréquemment ?

Non Oui Brossage, alimentation ? :

Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ?

Non Oui

Entendez-vous des craquements lorsque vous ouvrez la bouche ?

Non Oui

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?

Non Oui

AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU LES TRAITEMENTS OU SOINS DENTAIRES SUIVANTS :

Traitement des gencives : Non Oui Implants dentaires : Non Oui

Traitement d'orthodontie : Non Oui Autres - précisez :

HISTORIQUE ORTHODONTIQUE :

Êtes-vous en cours de traitement d'orthodontie* ?

Si oui, pourquoi changez-vous de praticien ? Nom du prédécent praticien :

Avez-vous déjà reçu un traitement orthodontique ? Non Oui

Obturations (réparations) : Non Oui

*Attention, si votre traitement a été initié par un autre chirurgien-dentiste, n'oubliez pas d'apporter votre dossier orthodontique lors du premier rendez-vous.

Je soussigné(e), atteste l'exactitude de ces informations

En cas de modifications de mon état de santé et/ou des prescriptions médicales, je m'engage à en informer mon orthodontiste.

Date

Signature du patient :