

Date : / /

Nom : Mme, Mlle, M. :

Prénom : Date de naissance : / /

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile : / / / /

Tél. portable : / / / /

Tél. professionnel : / / / /

Mail :

Profession :

N° Sécurité Sociale :

Praticien ou personne qui vous a adressé au cabinet :

Nom de votre médecin traitant :

Objet de la consultation :

MERCI DE NE RIEN INSCRIRE DANS CE CADRE

Bilan rétro Pano Scanner Conservées par patient Classée ici

Maladie :

Traitement :

Allergie :

Etat ORL :

Parodontite :

Cause de l'édentement :

Occlusion Bruxisme Douleur ATM

Tabac : Nombre :

Demande esthétique :

Demande et projet :

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Nom : **Prénom :**

Avez-vous un terrain allergique ? Oui Non

Si oui, précisez :

Souffrez-vous d'une déminéralisation osseuse ou d'ostéoporose ? Oui Non

Etes-vous traité(e) par : Fosamax Zometa Actonel Aredia Didronel
 Fosavance Bonviva Skelid Bonefo Aclasta

Avez-vous du diabète ? Oui De type I De type II Non

Avez-vous du cholestérol en excès ? Oui Non Ne sais pas

Si oui, est-il traité par : Statines * : Crestor / Elisor / Tahor / Zocor / Vasten / Autre

(* Entourez) Fibrates * : Fenofibrate / Lipanor / Lipanthyl / Lipur

Autres * : Ezetrol / Qestran

Autres

➤ Souffrez-vous d'un déséquilibre hormonal ? Oui Non

Lequel :

➤ Prenez-vous ou avez-vous pris des anti-inflammatoires plus de 3 mois ? Oui Non

➤ Avez-vous ou avez-vous eu : • une maladie cardiaque ? Oui Non

• de la tension artérielle ? Oui Non

• un traitement de chimiothérapie ? Oui Non

• un traitement de radiothérapie ? Oui Non

• une tumeur osseuse ? Oui Non

• un myélome ? Oui Non

➤ Avez-vous eu un problème avec une anesthésie ? Générale Locale

Si oui, précisez :

➤ Saignez-vous longtemps après une coupure ? Oui Non

➤ Faites-vous facilement des hématomes ? Oui Non

➤ Vous situez-vous dans une classe à risque pour les maladies transmissibles par voie sanguine ?

Oui Non

➤ Y-a-t-il eu, dans votre famille, des antécédents de la Maladie de Creutzfeld-Jacob ?

Oui Non

➤ Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de santé (maladie, traitement de longue durée) autres que ceux cités ci-dessus ? Oui Non

Si oui, précisez lesquels et les médicaments que vous prenez :

.....

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Nom : **Prénom :**

Odontologie

➤ Qu'est ce qui vous préoccupe concernant votre bouche ?
.....

➤ Vos gencives saignent-elles ? Oui Non

➤ Avez-vous eu un traitement orthodontique ? Oui Non

➤ Vos dents sont-elles mobiles ou semblent-elles s'être déplacées avec le temps ?
 Oui Non

➤ Serrez-vous les dents en cas de tension nerveuse ou grincez-vous des dents ?
 Oui Non

➤ Les articulations de votre mâchoire craquent-elles ? Oui Non

➤ Avez-vous parfois mauvaise haleine ? Oui Non

➤ Avez-vous tendance à faire des infections nez, gorge, oreilles, sinus, peau du visage ?
 Oui Non

➤ Fumez-vous ? Oui Non

Nombre de cigarettes par jour :

➤ L'un de vos parents a-t-il porté un dentier avant 60 ans ? Oui Non

➤ Etes-vous effrayé(e) à l'idée porter une prothèse mobile ? Oui Non

Signature :

REALISATION DU TRAITEMENT

Nom : Prénom :

DATES	OBSERVATIONS