

Scan ok / N° Fiche Pt :

QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT CONFIDENTIEL*

**Ce questionnaire médical et confidentiel est destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Il sera conservé dans votre dossier patient.*

NOM :

NOM de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : M / F

Adresse :

CP :

VILLE :

Tél. :

Port. :

Profession :

Adresse mail :

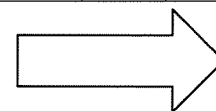
Caisse Régime obligatoire (SECU) :

Caisse régime complémentaire (MUT.) :

Médecin Traitant :

SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DEJA SOUFFERT D'UNE DE CES MALADIES?

	OUI	NON		OUI	NON
Troubles cutanés			Troubles oculaires		
Troubles vasculaires sanguins			Diabète		
Troubles rénaux			SIDA/HIV ou autre MST		
Troubles digestifs			Hépatite A/B/C		
Troubles hépatiques			Tuberculose		
Troubles nerveux/épilepsie			Cancer		
Troubles pulmonaires/asthme			Autres maladies (Si oui, lesquelles?)		
Rhumatisme articulaire aigu			Prenez-vous de l'homéopathie?		
Allergies (Si oui, lesquelles?) (Ex : Latex...)			Prenez-vous des médicaments? (Si oui, lesquels?)		



QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT CONFIDENTIEL*

**Ce questionnaire médical et confidentiel est destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Il sera conservé dans votre dossier patient.*

SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ SOUFFERT D'UNE DE CES MALADIES?

	OUI	NON		OUI	NON
Etes-vous fumeur? (Si oui, nombre et fréquence)			Avez-vous déjà eu une anesthésie locale?		
Madame, êtes-vous enceinte? (Si oui, quelle est la DDR?)			Si vous avez déjà eu une anesthésie, cela t'il provoqué une réaction anormale?		

MERCI de nous signaler TOUT changement concernant votre état de santé, vos traitements médicaux ET/OU vos coordonnées.

NATURE DE LA VISITE

Consultez-vous pour des douleurs ?	
Consultez-vous pour un bilan ?	
Consultez-vous pour des implants ?	
Consultez-vous pour des injections d'acide hyaluronique, de l'esthétique ou des séances JETPEEL?	

Date:

Signature: