

### QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT

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

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Age : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

Email : .....

Profession : .....

Numéro de sécurité social : .....

Êtes-vous titulaire de la CMU ? oui  non

Si oui, merci de nous présenter l'original de l'attestation CMU délivrée par la CPAM.

De quelle mutuelle dépendez-vous ? .....

Si vous faites partie du réseau Santé Clair, merci de nous présenter votre carte de mutuelle.

Quelle est la raison de votre visite ? .....

A quand remonte votre dernier examen dentaire ? .....

#### Avez-vous des problèmes de santé ?

Troubles cardiaques	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Troubles cutanés	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Troubles vasculaires – sanguins	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Diabète	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Troubles rénaux	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Troubles glandulaire / hormonaux	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Troubles digestifs	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	SIDA ou autres MST	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Troubles Hépatiques	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Hépatite A	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Troubles nerveux	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Hépatite B	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Troubles pulmonaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Hépatite C	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Troubles oculaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Cancer	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Ostéoporose	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			

Autres maladies : .....

Êtes-vous actuellement suivi par un médecin traitant ? oui  non

Merci de nous préciser le nom et l'adresse de votre médecin traitant : .....

Prenez-vous actuellement des médicaments ? oui  non

Si oui, précisez lesquels : .....

Si vous disposez d'une ordonnance de longue durée, merci de nous la communiquer.

#### Renseignements complémentaires :

Êtes-vous fumeur ? oui  non

Êtes-vous enceinte ? oui  non

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? oui  non

Si oui, lesquelles : .....

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident ? oui  non

Autres remarques à nous préciser : .....

*J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.*

**Date et signature :**