

Mme Melle Mr

Nom :

Prénom : Date de naissance :

Profession : E-mail :



HISTORIQUE MEDICAL ET DENTAIRE

Nom de votre Médecin traitant :

A quand remonte votre dernier examen dentaire :

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement : (Les réponses seront complétées lors de l'entretien avec le Dentiste).

- ◇ Antidépresseurs
- ◇ Asthme
- ◇ Cancer
- ◇ Désordres hormonaux
- ◇ Diabète
- ◇ Hépatite A, B ou C
- ◇ Lésions cardiaques congénitales
- ◇ Autres maladies :
- ◇ Maladie du foie
- ◇ Maladies cardiaques
- ◇ Séropositivité HIV
- ◇ Sinusites répétées
- ◇ Pacemaker
- ◇ Pertes de connaissance
- ◇ Problèmes circulatoires
- ◇ Prothèses (autres que dentaires)
- ◇ Rhumatisme Articulaire Aigu
- ◇ Problèmes nerveux
- ◇ Thyroïde
- ◇ Troubles des reins
- ◇ Tumeur maligne

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Oui Non

- ◇ Antibiotique
- ◇ Aspirine
- ◇ Antihistaminique
- ◇ Traitement pour la tension artérielle
- ◇ Cortisone
- ◇ Autres :

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention/d'un accident? Oui Non

Avez-vous subi un traitement par radiations ? Oui Non

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Oui Non

- ◇ Iode et produits dérivés
- ◇ Métal
- ◇ Antibiotique
- ◇ Latex
- ◇ Codéine
- ◇ Autres :

Etes-vous fumeur ? Oui Non

- Si oui, nombre de cigarettes /jour :

Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ? Oui Non

- Si oui, de combien de mois :

Prenez-vous /ou avez-vous déjà pris un traitement contre l'ostéoporose ou une autre maladie osseuse ?

Oui Non

- Si oui, quel type de médicaments prenez-vous ?
 - ◇ Hormones
 - ◇ Œstrogènes
 - ◇ Biphosphonates

Quel est votre motif de consultation ? :

Lors de vos précédentes visites chez le dentiste avez-vous rencontré des difficultés particulières ?

- Si oui, lesquelles ?.....

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?

.....

Êtes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ?

- ◇ Pas du tout
- ◇ Un peu
- ◇ Moyennement
- ◇ Beaucoup

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.

SIGNATURE

Le

à
