

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).

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

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Oui Non

- | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antibiotique | <input type="checkbox"/> Antihistaminique | <input type="checkbox"/> Cortisone |
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Traitement pour la tension artérielle | <input type="checkbox"/> 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