

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

Pour vous apporter la meilleure prise en charge, chaque première consultation est accompagnée d'un questionnaire conservé dans votre dossier. Vos coordonnées nous sont aussi précieuses pour vous contacter.

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
N° de SS : \_\_\_\_\_ Tel fixe : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
Medecin Traitant : \_\_\_\_\_

## Raison de la visite

Contrôle  Détartrage  Douleur  Esthétique  Implants  Orthodontie  
 Autre : \_\_\_\_\_

## Questionnaire de santé

Avez-vous eu un problème de santé cette année ?  NON  OUI (précisez)  
 Infarctus  Accident vasculaire cérébral(AVC)  Cancer  Autre :

Avez-vous des problèmes ou antécédents ?

Cardiaque  Vasculaire  Pulmonaire  Rénal  Diabète  Hépatique  Sanguin  
 Thyroïde  Digestif  Dépression  Epilepsie  VIH, Sida  Herpès, Zona  Ostéoporose

Avez-vous déjà subi une opération ?  NON  OUI (précisez)  
\_\_\_\_\_

Êtes-vous traité(e) à l'hôpital pour :

Dialyse  Chimiothérapie  Radiothérapie

Avez-vous déjà fait une allergie ?  NON  OUI (précisez)

Antibiotique  Iode  Latex  Résine  Métal  Anesthésie  Autre :

Fumez-vous ?  NON  OUI Consommation journalière ? \_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments ?  NON  OUI lesquels ?  
\_\_\_\_\_

Madame, êtes-vous enceinte ?  NON  OUI date prévue d'accouchement : \_\_\_\_\_

Portez-vous un stérilet ?  NON  OUI

« Je certifie que les informations fournies sont complètes et m'engage à signaler toute modification de mon état de santé par la suite »

Fait à Bayeux le \_\_\_\_\_ SIGNATURE : \_\_\_\_\_ Tournez SVP

## ET VOTRE BOUCHE ?

Quand avez-vous consulté un dentiste pour la dernière fois ? \_\_\_\_\_

## HYGIÈNE DENTAIRE

Utilisez vous une brosse à dents :  électrique  manuelle

A quel(s) moment(s) vous brossez-vous les dents ? :  matin  midi  soir

Avez-vous l'impression d'avoir :  mauvaise haleine  mauvais goût dans la bouche

## GENCIVES

Vos gencives saignent elles au brossage voire spontanément ?  NON  OUI

Avez-vous déjà été traité(e) pour vos gencives ?  NON  OUI

## DENTS

Avez-vous eu des dents extraites (autres que les dents de sagesse) ? :  NON  OUI

Si oui, pour :  Carie  abcès  déchaussement  autre : \_\_\_\_\_

Ont elles été remplacées ?  NON  OUI

si non, pour quelle raison ? \_\_\_\_\_

Grincez-vous des dents la nuit ?  NON  OUI

## CONFORT ET ESTHÉTIQUE

Êtes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ?  NON  OUI

Idéalement qu'aimeriez-vous améliorer ?

Alignement des dents  couleur  éliminer un appareil pour une solution fixe

autre : \_\_\_\_\_

Quels sont les jours et heures de préférence pour vos rendez-vous ?

Comment avez-vous connu le cabinet ?

Merci de votre collaboration !