



Renseignements médicaux

Les pathologies bucco-dentaires ainsi que les soins et traitements bucco-dentaires pouvant être entrepris peuvent interférer avec votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne. Ce questionnaire a pour but d'éviter une prescription de médicaments ou un acte médical pouvant vous être dangereux et de connaître d'éventuelles contre-indications. Aussi, nous vous demandons de remplir ce questionnaire avec précision ; si vous ne savez pas, passez aux questions suivantes.

Les réponses seront réexaminées et si besoin complétées lors de l'entretien avec votre chirurgien-dentiste. Vos réponses sont uniquement utilisées pour compléter votre dossier médical et restent strictement confidentielles. Ce questionnaire est à remplir par le (la) patient(e), ou par un parent ou tuteur le cas échéant. Nous vous remercions de votre collaboration.

Nom _____		Prénom _____	
Nom de naissance _____			
Adresse _____			
Code postal _____		Ville _____	
portable _____			
E-mail _____			
Nom, prénom et coordonnées du tuteur ou curateur, le cas échéant			

Date de naissance _____	Taille _____	Poids (kg) _____	Sexe ☐ Masculin ☐ Féminin
Profession _____		☐ Étudiant	☐ Sans emploi ☐ Actif ☐ Retraité

Motif de votre consultation dentaire ☐ Urgence ☐ Bilan ☐ Contrôle/Détartrage ☐ Autre
Précisez _____
Autre Motif: _____
Si un professionnel de santé vous adresse, indiquez ses nom, prénom et coordonnées
êtes-vous adressé par une connaissance, si oui laquelle ? _____
En cas de changement de praticien, motif et coordonnées du chirurgien-dentiste
A quand remonte votre dernière consultation dentaire ? _____
Comment percevez-vous l'état général de votre bouche ? ☐ Excellent ☐ Bon ☐ Correct ☐ Mauvais

Lors de précédentes visites chez le dentiste	
Avez-vous déjà eu des pertes de connaissance ou un malaise vagal ? ☐ Non ☐ Oui	
Avez-vous eu un réflexe nauséeux pendant les soins ? ☐ Non ☐ Oui	
Avez-vous eu des réactions anormales à la suite d'une anesthésie ? ☐ Non ☐ Oui	Lesquelles ? _____

Fumez-vous ? ☐ Non ☐ Oui ☐ a arrêté	Sous quelle forme ? _____
Précisez votre consommation _____	par jour par semaine par mois
Arrêté le _____	

Pour les femmes	
Êtes-vous ou supposez-vous être enceinte ? ☐ Non ☐ Oui	
Date prévue de l'accouchement _____	
Allaitez-vous ? ☐ Non ☐ Oui	



Nom, prénom et coordonnées de votre médecin traitant

A quand remonte votre dernier examen médical ? _____

Prenez-vous actuellement ou régulièrement des médicaments ? ☐ Non ☐ Oui Lesquels ? _____

Merci de bien vouloir, au choix : ☐ Apporter l'ordonnance au prochain rendez-vous ☐ Adresser un scan par mail

Si oui, lesquels? En cas de liste longue merci de transmettre une ordonnance à notre secretariat _____

Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? ☐ Non ☐ Oui Lesquelles ? _____

Une intervention chirurgicale est-elle prévue prochainement ? ☐ Non ☐ Oui Laquelle ? _____

Avez-vous été hospitalisé au cours des 5 dernières années ? ☐ Non ☐ Oui Pour quel motif ? _____

Souffrez-vous d'un handicap particulier ? ☐ Non ☐ Oui De quelle nature ? _____

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection ou de plusieurs affections de la liste suivante ?

(Si oui, cochez la case correspondante)

Maladie cardiovasculaire

- ☐ Hypertension artérielle
- ☐ Infarctus du myocarde
- ☐ Angine de poitrine (angor)
- ☐ Anomalie du rythme cardiaque
- ☐ Insuffisance cardiaque
- ☐ Endocardite infectieuse
- ☐ Affection valvulaire ou souffle au cœur
- ☐ Malformation cardiaque
- ☐ Accident vasculaire cérébral (AVC)
- ☐ Rhumatisme articulaire aigu
- ☐ Troubles circulatoires (phlébite)
- ☐ Embolie pulmonaire
- ☐ Angioplastie cardiaque (stent)

Maladie du système nerveux

- ☐ Spasmophilie
- ☐ Crise de tétanie
- ☐ Épilepsie, convulsion
- ☐ Maladie d'Alzheimer
- ☐ Maladie de Parkinson
- ☐ Migraine
- ☐ Algies ou douleurs de la face, épaules, cou

Maladie rénale

- ☐ Insuffisance rénale modérée et sévère
- ☐ Insuffisance rénale terminale (dialyse)
- ☐ Pyélonéphrites à répétition

Maladie des yeux

- ☐ Glaucome
- ☐ DMLA

Maladie respiratoire

- ☐ Asthme
- ☐ Insuffisance respiratoire
- ☐ Bronchite chronique
- ☐ Tuberculose

Maladie digestive

- ☐ Cirrhose
- ☐ Insuffisance hépatique
- ☐ Ulcère gastroduodénal
- ☐ Brûlures d'estomac (gastrite)
- ☐ Reflux gastro-œsophagien
- ☐ Rectocolite hémorragique (RCH)
- ☐ Maladie de Crohn
- ☐ Colite

Maladie du sang

- ☐ Anémie
- ☐ Purpura
- ☐ Hémophilie
- ☐ Autre déficit en facteur de coagulation
Lequel ? _____

Maladie infectieuse

- ☐ Sérologie hépatite B positive
- ☐ Sérologie hépatite C positive
- ☐ Sérologie HIV positive
- ☐ SIDA
- ☐ Herpès (bouton de fièvre)
- ☐ Candidose

Maladie de peau

- ☐ Eczéma
- ☐ Psoriasis
- ☐ Autres
Précisez _____

Maladie nez/gorge/oreille

- ☐ Angine
- ☐ Sinusite chronique
- ☐ Rhume ou rhino-pharyngite chronique
- ☐ Otite
- ☐ Acouphènes
- ☐ Vertige ou trouble de l'équilibre

Maladie du sommeil

- ☐ Insomnie
- ☐ Syndrome d'apnées obstructives du sommeil
- ☐ Ronflement, fatigue ou somnolence
- ☐ Autres
Précisez _____

Maladie rhumatologique

- ☐ Arthrose
- ☐ Ostéoporose
- ☐ Polyarthrite rhumatoïde
- ☐ Spondylarthrite ankylosante
- ☐ Maladie de Paget
- ☐ Tendinites

Maladie endocrinienne

- ☐ Diabète
- ☐ Hypothyroïdie
- ☐ Hyperthyroïdie
- ☐ Troubles des glandes surrénales

Autres troubles

- ☐ Troubles psychiatriques
- ☐ Dépression
- ☐ Troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie)

Je ne présente aucune de ces affections ☐



Autres maladies

Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement de la liste suivante ?

(Si oui, cochez la case correspondante)

Êtes-vous porteur d'un pacemaker ? ☐ Non ☐ Oui A quelle date ? _____

Avez-vous subi une chirurgie cardiaque ? ☐ Non ☐ Oui (pontage aorto-coronaire)

A quelle date ? _____

Suivez-vous un traitement pour fluidifier le sang (antiagrégant plaquettaire) ? ☐ Non ☐ Oui (ex: Aspirine®, Aspegic®, Kardegic®, Plavix®, Eflent®, Brilique®, Ticlid®, Cebutid®, Asasantine®, Duoplavin®, ...)

A quelle date ? _____

Êtes-vous sous anticoagulant ? ☐ Non ☐ Oui (ex: Sintrom®, Minisintrom®, Previscan®, Coumadine®, Calciparine®, Fraxiparine®, Eliquis®, Xarelto®, Pradaxa®, ...)

Lequel ? _____

A quelle date ? _____

Avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement par corticoïde au long cours ? (supérieure à 1 mois) ☐ Non ☐ Oui

Lequel ? _____

A quelle date ? _____

Avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement par immunosuppresseurs ? ☐ Non ☐ Oui (ex: Imurel®, Cellcept®, Myfortic®, Methotrexate®, Humira®, Enbrel®, Remicade®, Cimzia®, Simponi®, ...)

Lequel ? _____

Date de la dernière prise _____

Avez-vous pris ou prenez-vous (même dans les 10 ans) un traitement aux biphosphonates ? ☐ Non ☐ Oui (ex: Didronel®, Skélid®, Osteo®, Lytos®, Clastoban®, Fosamax®, Fosavance®, Adroavance®, Actonel®, Bonviva®, Bondronat®, Zométa®, Aclasta®, Prolia®, Xgeva®, Protelos®, ...)

Sous quelle forme (voie orale ou perfusion IV, injection) ? _____

Date de la dernière prise _____

Autres traitements

Êtes-vous allergique ?

(Si oui, cochez la case correspondante)

☐ Anesthésiques locaux ☐ Aspirine ☐ Antibiotiques Précisez _____

☐ Codéine ☐ Ibuprofène (ex : Advil®, Nurofen®, Spifen®, ...)

☐ Iode et produits dérivés ☐ Sédatifs ou neuroleptique Précisez _____

☐ Autres médicaments Précisez _____

☐ Métaux ☐ Latex ou gants médicaux, ménagers ☐ Résines (prothèses résines, couronnes résines, ...)

☐ Autres produits Précisez _____

Je n'ai aucune de ces allergies ☐

Apprendre à mieux vous connaître sur le plan bucco-dentaire

Vos gencives

Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ☐ Non ☐ Oui

Avez-vous déjà été diagnostiqué ou traité pour une maladie des gencives ? ☐ Non ☐ Oui

Nature du diagnostic et/ou du traitement _____

Y a-t-il des antécédents de maladie des gencives dans votre famille (gingivite, parodontite, déchaussement...) ? ☐ Non ☐ Oui Précisez _____

Avez-vous déjà remarqué des déchaussements au niveau de vos gencives ? ☐ Non ☐ Oui Précisez _____

Votre Sourire

Etes-vous satisfait(e) de votre sourire ? ☐ Non ☐ Oui

Si non, Pourquoi

Choix



A ma connaissance, j'atteste de l'exactitude de ces informations. En cas de modification(s) de mon état de santé, et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien traitant au rendez-vous suivant

Fait à _____ Date _____

Signature