

**QUESTIONNAIRE MEDICAL**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... / ..... /..... **Profession :** .....

**Adresse :** .....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

**N° de téléphone :** ..... **Mail :** .....

**Médecin traitant :** ..... **Adressé par :** .....

**Avez-vous bénéficié de la vaccination COVID ?** .....  oui  non

**Si oui :**      **1<sup>er</sup> injection**          **2<sup>ème</sup> injection**            **3<sup>ème</sup> injection**     

**Quel est le motif de la consultation ?**

Une douleur

Un contrôle

Autre : .....

.....

**Avez-vous eu des problèmes de santé cette année ?**

Si oui, précisez :

Infarctus

AVC

Cancer

Autre :

**Avez-vous des problèmes ou antécédents ?**

Cardiaque                       Digestif

Vasculaire                       Dépression

Pulmonaire                       Epilepsie

Rénal                               Cancer Actif

Diabète                             VIH, sida

Hépatique                         Herpès, zona

Sanguin                             Thyroïde

Autre : .....

.....

**Avez-vous déjà subi une opération ?**

Oui                       Non

Si oui précisez :

Valve cardiaque

Pace Maker, stents, pontage

Thyroïde

Rein

Foie

Greffe

Hanche

Cancer

Autre:.....

**Etes-vous traité à l'hôpital pour :**

Dialyse

Chimiothérapie

Radiothérapie

**Fumez-vous ?**

Oui     Non

**Consommez-vous de l'alcool ?**

Oui     Non

**Avez-vous déjà fait une allergie ?**

Oui     Non                      Si oui précisez :

Antibiotique (préciser) .....

Iode                       Latex                       Résine

Métal (préciser) .....

Anesthésie

Autre (préciser) .....

**Femme seulement : êtes-vous enceinte ou en cours d'allaitement :**

Oui     Non

Si oui nombre de semaines/mois : .....

**Prenez-vous des médicaments ? Si oui précisez :** .....

.....

**« Je certifie que les informations fournies au chirurgien-dentiste sont complètes et m'engage à lui signaler toute modification de mon état de santé par la suite ».**

**Date :** .....      **Signature**