



LABELIA
OUAI DE SAÔNE

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Partie Administrative

M Mme Melle Nom : Prénom :

Date de naissance :

N° de Sécurité Sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. (professionnel) : Tél. (portable) :

E-mail : @

Profession :

Partie Médicale

Avez-vous des problèmes de santé ? oui non

Si oui, lesquels ?

Prenez-vous des médicaments ? Si oui lesquels ?

Pour quel motif ?

Nom & ville du médecin traitant :

De quand date votre dernière visite chez le dentiste (mois ou années) ?

Quel était le motif de votre visite ?

Avez-vous déjà envisagé un éclaircissement professionnel des dents (oui / non) ?

(important dans le cas où votre plan de traitement peut comporter des prothèses)

Avez-vous déjà suivi un traitement orthodontique (oui / non) ?

Sur une échelle de 1 (très insatisfaisant) à 10 (parfait), comment évaluez-vous votre sourire? .../10

Cardiaques Vasculaires

Hypertension

oui non

Artérite

Angine de poitrine

Infarctus

Nerveux

Dépression

oui non

Tabac

de cigarettes / jour :



LABELIA

OUAI DE SAÔNE

Cardiaques Valvulaires

| | oui | non |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Souffle cardiaque | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Malformation opérée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Rénaux

| | oui | non |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hémodialyse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Diabète

| | oui | non |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Etes-vous diabétique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, êtes-vous suivi ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre diabète est-il équilibré ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Glandulaires

| | oui | non |
|-----------|--------------------------|--------------------------|
| Thyroïde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Surrénale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypophyse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hépatiques

| | oui | non |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Hépatite virale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sanguin

| | oui | non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Purpura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hémophilie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Saignez-vous beaucoup après une coupure ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Date :

Allergiques

| | oui | non |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Etes-vous allergique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, aux pénicillines ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A d'autres médicaments ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, lesquels ? | | |
| A des métaux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, lesquels ? | | |
| A d'autres produits ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, lesquels ? | | |

Autres maladies

| | oui | non |
|-----|--------------------------|--------------------------|
| VIH | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Etat physiologique

| | oui | non |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Etes-vous enceinte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, depuis quand ? | | |
| Portez-vous un stérilet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Digestifs

| | oui | non |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| Brûlures d'estomac | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Irradiation

| | oui | non |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Avez-vous été irradié ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Biphosphonates (ex : Actonel, Didronel, Fosamax, Bonviva, Aclasta, Arédia, Bondronat, Zometa ...)

Date de prise

Date d'arrêt

Autres questions :

| | oui | non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Avez-vous des problèmes ou des saignements de gencives ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des problèmes de mauvaise haleine ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des dents qui bougent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des douleurs au chaud, au froid ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perd-t-on des dents à cause de problèmes de gencive dans votre famille ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des problèmes pendant la mastication ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Consommez-vous des sucreries entre les repas ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je, soussigné(e)..... certifie l'exactitude et la sincérité des réponses ci-dessus et m'engage à tenir le Dr ou son secrétariat, informé de tous changements de mon état de santé ou modifications de traitement médicamenteux.

Fait à Lyon le :

Signature