



L A B E L I A
O U A I D E S A Ô N E

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"/>

Date :

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"/>

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