

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

NOM :

Profession :

PRENOM :

N° de téléphone :

Date de naissance :

Médecin traitant :

Antécédents médicaux

Antécédents cardiaques

Non

Oui

Antécédents d'allergie

Non

Oui

Troubles rénaux

Non

Oui

Diabète

Non

Oui

type 1

type 2

équilibré :

Non

Oui

Glycémie :

H. glyquée :

VIH ou MST

Non

Oui

Hépatite

A

B

C

Non

Oui

Cancer

Non

Oui

Chimiothérapie

Radiothérapie

Autres maladies ? Précisez :

Prenez vous des médicaments ?

Non

Oui

lesquels :

Prenez vous des anticoagulants ?

Non

Oui

Etes-vous traité pour l'ostéoporose ?

Non

Oui

Quel médicament ?

Etes-vous enceinte ?

Non

Oui

Etes-vous fumeur ?

Non

Oui

Avez-vous déjà eu un problème lors

• d'une anesthésie dentaire ?

Non

Oui Lequel ?

• d'une extraction dentaire ?

Non

Oui Lequel ?

Date :

Signature :