

NOM :

Profession :

PRENOM :

N° de téléphone :

Date de naissance :

Médecin traitant :

Date de la dernière consultation dentaire :

Antécédents médicaux

Avez-vous eu le Covid-19 ? Non Oui Etes-vous vacciné ? Non Oui 1 2 3 injections

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 Non Oui A B C

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 :