

# QUESTIONNAIRE MEDICAL

à Imprimer et à remettre à notre secrétariat lors de votre premier Rendez-vous

ou adresser par mail en cliquant sur envoyer en fin de formulaire

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

Code Postal:

Ville:

Téléphone :

Email :

Profession :

## Comment avez-vous eu nos coordonnées ?

Internet

Docteur.....

Mme, Mr.....

Autres.....

## 1. Etes-vous actuellement suivi par un médecin, un spécialiste ou un service hospitalier ?

NON

OUI

Pourquoi ?

Nom et Adresse du médecin :

## **2. Prenez-vous actuellement des médicaments ?**

NON

OUI

LESQUELS ?.....

Noms :

Posologie :

## **4. Avez- vous subi des interventions chirurgicales ?**

NON

OUI

LESQUELS ? .....

## **5. Avez-vous, ou avez-vous eu une ou plusieurs affections ou traitements de la liste ci-jointe ?**

(si oui, cochez la case)

Hypertension artérielle

Asthme

Ulcère

Angine de poitrine

Insuffisance respiratoire

Maladie du foie

Infarctus du Myocarde

Diabète

Insuffisance cardiaque

Maladie de la Thyroïde

Affection valvulaire

Hémorragies

- Insuffisance rénale
- Malformation cardiaque
- Maladie du sang  Dialyse
- Troubles du rythme
- Transfusion
- Régime particulier
- Endocardite
- Epilepsie ou convulsions
- Traitement par irradiations
- Troubles circulatoires
- Crise de tétanie  Chimiothérapie
- Chirurgie cardiaque
- Perte de connaissance
- Corticothérapie
- Pacemaker
- Accident vasculaire cérébral
- Sérologie HIV positive
- Rhumatisme articulaire aigu
- Dépression
- Maladie de la Thyroïde
- Infection grave
- Troubles psychiatriques  Pathologie ORL

Autres maladies ou traitements non répertoriés : .....

## **6. Connaissez-vous votre tension artérielle ?**

NON

OUI

VALEURS : .....

**7. Avez-vous eu des complications à la suite d'anesthésies locales, ou au cours de soins dentaires ?**

NON

OUI

LESQUELLES ? .....

**8. Avez-vous eu des allergies ?**

NON

OUI

A QUEL PRODUIT ?.....

**9. Avez-vous eu des saignements importants à la suite d'interventions chirurgicales, d'extractions dentaires ou de blessures ?**

NON

OUI

COMBIEN DE TEMPS: .....

**10. Etes-vous enceinte ?**

NON

OUI

DATE PREVUE DE L'ACCOUCHEMENT :

Nous vous remercions de nous pévenir en cas de modifications de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien qui me soigne au rendez-vous

suisant.

Date :

Signature