NOM et Prénom du PATIENT : ……
NOM et Prénom et Qualité de la personne remplissant le questionnaire
(si différent du Patient) : ……

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Pathologie et/ou Traitement en cours :

1. **CARDIO-VASCULAIRES** (Hyper tension Artérielle, angor, valvulopathie, souffle au cœur, coagulation, …) :
   O Non O Oui……
2. **ENDOCRINIENNES** (diabète, thyroïde, …) :
   O Non O Oui……
3. **GASTRO-INTESTINALES** (ulcère, …) **OU RENALES :**
   O Non O Oui……
4. **NEUROLOGIQUES** (anxiété, dépression, …) :
   O Non O Oui……
5. **RHUMATOLOGIQUES :**
   O Non O Oui……
   Ostéoporose : O Oui O Non Traitement : ……
6. **INFECTIEUSES** (hépatites, SIDA, herpès, tuberculose, Creutzfeldt-jakob, Staphylocoque Doré…) :
   O Non O Oui……
7. **BRONCHO-PULMONAIRES** (asthme, insuffisance respiratoire,…) :
   O Non O Oui……
8. **ALLERGIES :**
   O Non O Oui……
   - à un médicament (pénicillines, aspirine, …) ……
   - à un aliment (kiwi, …)……
   - au latex ……
   - à un autre produit (iode)……
9. **TRAITEMENT EN COURS** (Ordonnance)
   ……
   ……
10. **AUTRES OBSERVATIONS** (Tabagisme, grossesse, autres traitements…) :
    ……
    ……

Coordonnées du Médecin traitant : Nom : ……
Tél. : ……
Ville d'exercice : ……

Comment avez-vous connu le cabinet ? ……
Date de votre dernière visite chez le dentiste (uniquement pour les nouveaux patients):
……
Motif de la Consultation d'aujourd'hui : ……

En cas de modification de mon état de santé, je m'engage à en faire part au praticien soignant.

Date : Signature du Patient :

Dr Sandrine Barral-Cadière
76F Grande Rue
01220 Divonne-les-Bains
Tél. : +33(0)4.50.13.54.86
email : dentiste.divonne@gmail.com
https://www.drbarralcadiere.com