

Questionnaire médical

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : F M

Nom du médecin traitant :

Profession :

Avez-vous été adressé par un parent, un ami, un médecin, autre ? :

Tel :/...../...../...../.....

Mail :

Numéro de Sécurité sociale :

Adresse postale :

.....

.....

.....

Avez-vous ou avez-vous eu une ou plusieurs affections ou traitements suivants ? :

Pathologie cardiaque :

Pacemaker

Antécédent d'endocardite infectieuse

Prothèse valvulaire

Cardiopathie congénitale cyanogène

Autre :

Hypertension artérielle

Accident Vasculaire Cérébral

Antécédent de Rhumatisme Articulaire Aigu

Asthme

Diabète (type 1, type 2)

Si oui, Hémoglobine glyquée > 6,5 ?.....oui / non

Hémophilie

Troubles circulatoires (phlébite, thrombose,...)

Hépatite virale (A, B ou C)

Epilepsie, convulsions

Dépression

Ostéoporose

Pathologie oculaire (Glaucome)

Pathologie immunologique (Sida...)

Cancer, si oui de quel type:.....

Traitement par irradiation

Traitement par chimiothérapie

Autre :

.....

.....

Etes-vous porteur d'une prothèse de hanche, de genou, ... ?

.....

Etes-vous fumeur ?.....

Si oui combien de cigarettes fumez-vous par jour ?.....

Depuis quand ?.....

Madame, êtes-vous enceinte ?

Si oui, de combien de mois ?.....

Avez-vous eu des complications à la suite d'anesthésies

locales ou au cours de soins dentaires ? De quel

type ?.....

Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? :.....

.....

.....

.....

Avez-vous déjà eu des allergies ?

Aux antibiotiques (pénicillines, autre)

A l'iode

Au latex

A d'autres produits ? Si oui, lesquels

Prenez vous actuellement des médicaments ?

Si oui, lesquels et depuis quand?

.....

.....

.....

.....

.....

Plus particulièrement, prenez vous des médicaments pour fluidifier

le sang ? (Aspirine, Kardégic, Plavix, Ticlid, Agrastat, Sintrom,

Préviscan, Coumadine, ...)

Prenez-vous des biphosphonates ? (Didrone®, Actonel®,

Fosamax®, Lytos®, Aredia®, Skelid®, Zometa®.....)

.....

J'atteste l'exactitude de ce document. Je m'engage à signaler toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Ce questionnaire médical est confidentiel.

Fait le /..... /.....

Signature :