

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL ADULTE



Nom et prénom(s) du patient :

Adresse :

Code postal : Ville : Téléphone :

Date de naissance : Age : Sexe : Poids : Taille :

Adresse e-mail : Profession :

Nom du médecin traitant + téléphone:

Nom du médecin spécialiste (cardiologue, neurologue...) + téléphone :

Motif de consultation

Contrôle	<input type="checkbox"/>	Articulation	<input type="checkbox"/>	Mauvaise haleine	<input type="checkbox"/>	Bruxisme	<input type="checkbox"/>
Esthétique	<input type="checkbox"/>	Sensibilité	<input type="checkbox"/>	Dent fracturée	<input type="checkbox"/>		
Gencive	<input type="checkbox"/>	Douleur	<input type="checkbox"/>	Dent(s) mobile(s)	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>

Date approximative du dernier examen dentaire (ou soins dentaires) :

Avez-vous des problèmes de santé ? Cocher la(les) case(s) :

Troubles cardiaques (Infarctus, valve...)	<input type="checkbox"/>	Arthrose	<input type="checkbox"/>
Troubles vasculaires (Hémophilie, AVC...)	<input type="checkbox"/>	Allergies ?	<input type="checkbox"/>
Troubles rénaux (Calcul, dialyse...)	<input type="checkbox"/>	(Iode, latex, aspirine antibiotique, codéine, pénicilline, ibuprofène...)	<input type="checkbox"/>
Troubles digestifs (Ulcère, reflux...)	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez-la(les)quelle(s) :	
Troubles hépatiques (Cirrhose, stéatose...)	<input type="checkbox"/>	
Troubles nerveux (anxiété, dépression...)	<input type="checkbox"/>	Troubles hormonaux (thyroïde, glandes)	<input type="checkbox"/>
Troubles épileptiques	<input type="checkbox"/>	Déficit immunitaire / séropositivité	<input type="checkbox"/>
Troubles pulmonaires / asthme	<input type="checkbox"/>	Hépatite ? (A, B ou C)	<input type="checkbox"/>
Troubles oculaires (lentilles, tension, cataracte...)	<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	Cancer :	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	Quelle localisation ?	
Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	Avez-vous subi une radiothérapie ?	
Quelle est votre date d'accouchement ?		Allaitez-vous ?	<input type="checkbox"/>
.....		Prenez-vous des médicaments en ce moment ?	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous ménopausée ?	<input type="checkbox"/>	Si oui lesquels ?	
Si oui prenez-vous un traitement substitutif ? lequel ?		Pratiquez-vous un sport ?	<input type="checkbox"/>
		Si oui, lequel :	

Renseignements complémentaires

Etes-vous fumeur ? Si oui : cigarettes / jour depuis années

Consommez-vous des drogues ? (Cannabis, cocaïne, amphétamines...) Si oui, la(les)quelle(s) :

Etes-vous sous traitement par biphosphonates ? (Aclasta®, Actonel®, Fosamax®, Fosavance®, Bonviva®, Optruma®, Didromel®...)

Présentez vous un handicap ? Lequel : Autre problème de santé ? :

Date :

Signature du patient :

Actes « Non remboursés »

Dans notre cabinet dentaire, pourront vous être facturés des actes non remboursés par la sécurité sociale qui ne seront peut-être pas remboursés par votre assurance complémentaire. Ces actes non remboursés peuvent concerner tous les soins (prévention, détartrage, composites, traitements de racine...) et ce pour tous les praticiens du cabinet. Ceci s'applique également aux patients bénéficiant de la CMU. Le tiers-payant n'est pas pratiqué (sauf CMU).

Un devis n'est pas obligatoire si ces actes non remboursés sont inférieurs à 70€ : *arrêté du 2 octobre 2008 publié au JO du 11 octobre 2008*

La signature de ce questionnaire confirme la réception de cette information.