

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

HISTORIQUE MEDICAL

Les pathologies bucco-dentaires, ainsi que les soins et traitements pouvant être entrepris, peuvent interférer sur votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne.

Aussi, nous vous demandons de remplir ce questionnaire médical avec précision.

Les problèmes médicaux particuliers seront réexaminés en consultation

- Nom de votre **médecin traitant** :

- Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? ☐oui ☐non

Si oui, lesquelles :

- Avez-vous été hospitalisé au cours de ces deux dernières années ? ☐oui ☐non

Si oui, pourquoi :

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement :

☐ Antidépresseurs

☐ Maladie du foie

☐ Trouble des reins

☐ Asthme

☐ Problèmes circulatoires

☐ Rhumatisme Articulaire Aigu

☐ Chirurgie esthétique

☐ Allergies

☐ HIV

☐ Hémophilie

☐ Sinusites répétées

☐ Diabète

☐ Hépatite A, B ou C

☐ Maladie du sang

☐ Cardiopathies valvulaires

☐ Ostéoporose

☐ Ulcères à l'estomac

☐ Maladies cardiaques congénitales

☐ Problèmes nerveux

☐ Cancer

☐ Greffes sous immuno-supresseurs

☐ Prothèses (autres que dentaires)

☐ Autres:

Précisez :

- Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention chirurgicale ou d'un accident ? ☐oui ☐non

- Prenez-vous **des médicaments** en ce moment ? ☐oui ☐non

Si oui, lesquels :

- Etes-vous fumeur ? ☐oui ☐non

Si oui, nombre de cigarettes par jour :

- Avez-vous une consommation régulière d'alcool ? ☐oui ☐non

Si oui, précisez :

- Etes-vous enceinte et si oui, date de l'accouchement prévu :

Puteaux, le

Signature :