

NOM

PRENOM

ADRESSE

DATE DE NAISSANCE : .... / .... / .....

TELEPHONE

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

*Entourer votre réponse*

- 1) Souffrez-vous d'une **maladie cardiaque** ? OUI NON
- 2) Prenez- vous des **médicaments anti-coagulants** ? OUI NON  
*Si oui, le(s)quel(s) ?.....*
- 3) Etes- vous **diabétique** ? OUI NON
- 4) Avez-vous un **ulcère** à l'estomac (ou du duodénum ?) OUI NON
- 5) Avez-vous des **problèmes pulmonaires** ? OUI NON
- 6) Avez-vous eu un **rhumatisme articulaire aigu** ? OUI NON
- 7) Etes-vous atteint d'**ostéoporose** ? OUI NON
- 8) Pour les femmes : êtes-vous **enceinte** ? OUI NON  
*Si oui, à quel mois de grossesse en êtes-vous ? .....*
- 9) Avez-vous ou suivez-vous un traitement par :  
- Par **chimiothérapie** OUI NON  
- Par **radiothérapie** OUI NON
- 10) Avez-vous eu une **hépatite virale** ? OUI NON
- 11) Etes-vous **séropositif** ? OUI NON
- 12) Etes-vous sujet aux **troubles nerveux** ? OUI NON
- 13) Avez-vous ou avez-vous eu des **manifestations allergiques**  
avec des médicaments ? (pénicilline, aspirine, ...) OUI NON  
Avec certains métaux ? OUI NON
- 14) Avez-vous déjà présenté un incident lors d'une **anesthésie** ? OUI NON
- 15) Prenez-vous actuellement des **médicaments** ? OUI NON  
*Si oui, lesquels ?.....*  
.....
- 16) Avez-vous quelque chose à rajouter sur votre **état de santé**  
**général**? .....  
.....  
.....

Je certifie exact tous les renseignements portés ci-dessus et m'engage à informer mon dentiste de toute modification.

Fait à Sarlat, le.....

Signature obligatoire