



Historique médical – Bilan de santé

Informations patient

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Date de naissance :

Profession : Email :

N° Sécurité Sociale : Mutuelle :

Questionnaire

1. Quel est le motif de votre visite ? :

2. Qui vous a recommandé le cabinet ? :

3. Nom et coordonnées de votre médecin traitant :

Nom et coordonnées d'un spécialiste [ex : Cardiologue] :

4. Prenez-vous actuellement des médicaments ? Si oui, lesquels ? :

5. Quelles sont les maladies que vous avez eues ou que vous avez ? :

- Troubles Cardiaques

- Epilepsie

- Infection Rénale

- Hémophilie

- Autres maladies :

- Hépatite

- Diabète

- Anémie

6. Avez-vous subi un test de dépistage du sida ? : Ce test était-il positif ? :

7. Avez-vous été traité par radiothérapie ? : Si oui, la zone irradiée et la date de ce traitement ? :



8. Avez-vous des allergies ? :
9. Avez- vous des réactions **anormales** [rougeur, démangeaisons, sensation d'étouffement...] aux **anesthésiques** ou à des **médicaments** tels que la pénicilline ? :
10. Consommez-vous de l'alcool ? :
[L'alcoolisme pouvant être à l'origine de suites opératoires à problèmes et d'échec en implantologie]
11. Fumez-vous ? : Si oui, quelle est votre consommation quotidienne ? :
[Le tabagisme pouvant être à l'origine de suites opératoires à problèmes et d'échec en implantologie]
12. Êtes-vous ou avez-vous été victime de violence ? :
13. Êtes-vous traité pour l'ostéoporose ? : Si oui, le nom des médicaments :
14. A quand remonte votre dernier rendez-vous chez le dentiste ? :
15. Avez-vous eu des problèmes lors de vos précédentes visites chez le chirurgien-dentiste ? :
16. Avez-vous eu des problèmes avec vos gencives ? : Si oui, avez-vous eu des traitements chirurgicaux ? :
17. Concernant les matériaux [métal, céramique...] dans votre bouche, avez-vous des préférences ? :
18. Avez-vous des problèmes d'articulation des mâchoires [douleurs, craquements...]? :
19. Quel type de brosse à dents utilisez-vous ? : manuelle ou électrique ? Dure - Moyenne – Souple ?
[Rayer les mentions inutiles]
Combien de fois par jour ? : A quel rythme en changez-vous ? :
20. Mettez-vous votre main devant la bouche au sourire ? : Idéalement, que souhaiteriez-vous changer dans votre bouche ? :
21. Êtes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ? :

Date et Signature :