



CABINET DENTAIRE DU SQUARE DE LA MINOTERIE

A remplir avant votre rendez-vous

Ce questionnaire médical et confidentiel est destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Il sera conservé dans votre dossier patient.

Date :

Nom(s) et prénom(s) :

Sexe : M F

Tél portable :

Tél domicile :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Date de naissance :

Age :

Poids :

Adresse mail :

Profession :

Numéro de sécurité sociale :

Avez vous la CMU/AME :

OUI NON

Avez-vous des douleurs ?

OUI NON

Quel est le motif de votre consultation ?

Comment avez-vous connu le cabinet ?

QUESTIONNAIRE MEDICAL

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLEMES DE SANTE ?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Troubles cardio-vasculaires | <input type="radio"/> Allergies |
| <input type="radio"/> Troubles rénaux | <input type="radio"/> Troubles hormonaux |
| <input type="radio"/> Troubles digestifs | <input type="radio"/> Diabète |
| <input type="radio"/> Troubles hépatiques (si hépatite A, B ou C) | <input type="radio"/> Troubles sanguins |
| <input type="radio"/> Troubles nerveux | <input type="radio"/> Problèmes osseux/articulaires |
| <input type="radio"/> Dépression | <input type="radio"/> Problèmes ORL |
| <input type="radio"/> Troubles oculaires | <input type="radio"/> Cancer |
| <input type="radio"/> Troubles broncho-pulmonaires | <input type="radio"/> Autres maladies |
| <input type="radio"/> Troubles cutanés | Précisez lesquelles : |

Etes-vous actuelle suivi par un médecin : OUI NON

Prenez-vous actuellement des médicaments : OUI NON

Précisez lesquels :

Suivez-vous ou avez vous suivi un traitement de radio/chimiothérapie :

OUI NON

Avez-déjà eu des anesthésies dentaires : OUI NON

Problèmes lors des anesthésies dentaires ? : OUI NON

Si oui, lesquels ? :

Avez-vous déjà eu des extractions dentaires ? OUI NON

Problèmes lors des extractions dentaires ? OUI NON

Si oui, lesquels ? :

Etes-vous **enceinte** ? OUI NON

Allaitez-vous : OUI NON

Etes-vous **fumeur** ? OUI NON

Si oui, depuis combien de temps ?

Combien de cigarettes/jour ?

Si non, avez-vous été **fumeur** ? OUI NON

Depuis quand avez-vous arrêté ?

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes avec l'**alcool** ? OUI NON

Avez-vous eu des problèmes pour **toxicomanie** ? OUI NON

Si oui quel type de drogue ?

Etes-vous sous traitement pour l'**ostéoporose** ? OUI NON

Si oui lequel ? Comprimé OUI NON ou Injection OUI NON

Nom et adresse de votre médecin traitant :

QUESTIONNAIRE MEDICAL COVID 19

- Avez-vous été diagnostiqué positif au SARS-CoV-2 (Covid19) ?

OUI NON

Si OUI, date :

- Avez-vous été en contact étroit avec un cas confirmé d'infection au SARS-Cov 2 (Covid19) ? (durant sa phase symptomatique)

OUI NON

Si OUI, date :

- Avez-vous eu une hospitalisation récente due à une infection au SARS-Cov 2 (Covid19) ? (Passage en réanimation)

OUI NON

Si OUI, date :

- Présentez-vous des symptômes du Covid19 ? (Fièvre, diminution du goût ou de l'odorat, toux, maux de gorge, douleurs musculaires, manque de souffle, courbatures ou fatigue inhabituelles, diarrhées, perte d'appétit).

OUI NON

Si OUI, date de survenue

Si OUI, merci de décrire vos symptômes ci-dessous :

QUESTIONNAIRE DENTAIRE ET ESTHETIQUE

Date de votre dernier rendez-vous chez le dentiste :

- Vos gencives saignent-elles au brossage ? OUI NON
- Avez-vous l'impression d'avoir mauvaise haleine ? OUI NON
- A quel moment vous brossez vous les dents ?
- Utilisez-vous des brossettes inter-dentaires ou du fil dentaire ? OUI NON

Sur une échelle de 1 à 10 comment évaluez-vous votre sourire ?

Entourez 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ce qui vous gêne :

- Mes dents semblent décaler
- Il existe des espaces entre mes dents
- Mes dents sont mal alignées
- Mes dents paraissent trop étroites ou trop larges
- Mes dents ont perdu de leur blancheur
- La gencive est irrégulière

Quand aimeriez-vous débiter un traitement pour améliorer votre sourire ?

- Immédiatement 1 à 3 mois 3 à 6 mois 6 à 12 mois

DATE ET SIGNATURE