Questionnaire médical

Nom :_____ Prénom:_____
Adresse:_____Code Postal :_____Ville :_____
Date de naissance : __/__/____ Téléphone : _____Port :_____
Profession :_____e-mail :_____@_____
(à remplir si vous souhaitez recevoir la newletter)

Présentez-vous ou avez-vous déjà présenté un risque concernant :

	Oui	Non
1/Maladies cardiaques :		
2/Troubles pulmonaires :		
3/Anémie		
4/Hépatite :		
5/Hiv (sida):		
6/Hypertension artérielle :		
7/Diabète :		
8/Troubles rénaux :		
9/Cholestérol :		
10/Troubles neurologiques :		
11/Troubles digestifs :		
12/Risque cardiaque Oslérien :		

13/Traitement médical biphosphonates

Familles	Médicaments	Oui	Non
Etidronate	Didronel		
Clodronate	Clastoban		
	Lytos		
Tiludronate	Skelid		
Pamidronate	Aredia		
Ibandronate	Bondronate		
	Bonviva		
Zoledronate	Zometa		
	Aclasta		
Risédronate	Actonel		
Alendronate	Fosamax		

	oui	non
14/Prenez-vous des anti-coagulants ?_____		
15/Etes-vous dans un état dépressif ?_____		
16/Etes-vous fumeur ?_____		

	oui	non
17/Portez-vous un stérilet :_____		
18/Etes-vous enceinte : et depuis quand ?_____		
19/Etes-vous en période d'allaitement ?_____		

20/Avez-vous déjà présenté un accident à la suite ou pendant une extraction dentaire ?
Si oui , précisez lequel ?

21/Avez-vous présenté un accident pendant une anesthésie :_____
22/Présentez-vous des allergies à certains médicaments :_____

Avez-vous subi une intervention chirurgicale depuis moins de 5 ans ? oui - non
Si oui laquelle:

Prenez-vous un traitement médicamenteux actuellement ? oui - non
Si oui, comment se compose t-il ?
Quel est votre médecin traitant---------- Téléphone----------

Je m'engage à signaler tout changement concernant mon état de santé et de mes éventuels nouveaux traitements.

FAIT A : ~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~ LE :~~~~~~/~~~~~~~~~/~~~~~

SIGNATURE :

Pour plus d'informations en matière de santé bucco-dentaire, consultez notre site internet :
www.docteurgarnier.Fr

TOUS RDV NON HONORES NON DECOMMANDES AU PREALABLE SERONT

FACTURES 50 EUROS NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE