

QUESTIONNAIRE MEDICAL

03 74 28 11 11 / 06 72 39 15 64

www.brightandcare.com

contact@brightandcare.com

Ce questionnaire a pour objectif d'identifier les éventuelles particularités liées à votre santé afin d'adapter au mieux les soins dentaires et les prescriptions. Merci de le remplir avec précision. Il est confidentiel et pourra être complété, si nécessaire, avec votre chirurgien-dentiste.

INFORMATIONS PATIENT

NOM - PRÉNOM

EMAIL

PROFESSION

ADRESSE

PORTABLE

MOTIF DE LA CONSULTATION :

NOM, PRENOM ET COORDONNEES DE VOTRE MEDECIN TRAITANT :

FUMEZ-VOUS?

OUI

Précisez votre consommation :

NON

POUR LES FEMMES :

ETES VOUS ENCEINTE ?

OUI

NON

Date prévue d'accouchement :

HISTORIQUE MEDICAL

ALLERGIES : *(Si oui, cochez la case correspondante)*

Anesthésiques Locaux

Aspirine

Antibiotiques

Codéine

Ibuprofène (Advil, Nurofen, Spifen)

Résine

Iode

Sédatifs/neuroleptique

Métaux

Latex / gants ménagers

PRENEZ VOUS REGULIEREMENT DES MEDICAMENTS ?

OUI

NON

Lesquels ?

Merci de bien vouloir apporter l'ordonnance au prochain rendez-vous

AVEZ VOUS SUBI DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES ?

OUI

NON

Lesquelles ?

AVEZ VOUS DEJA SOUFFERT D'UN CANCER ? OUI NON
Lequel ? _____ A quelle date ? _____

SUIVEZ VOUS UN TRAITEMENT POUR FLUIDIFIER LE SANG ? OUI NON
Lequel ? _____ (Ex: Aspirine , Aspegic , Kardegic , Plavix , Efient, Brilique, Ticlid,
Cebutid , Asasantine , Duoplavin , ...)

ETES VOUS SOUS ANTI COAGULANT ? OUI NON
Lequel ? _____ (Ex: Sintron , Minisintrom ,Previscan, Coumadine, Calciparine,
Fraxiparine, Eliquis, Xarelto ,Pradaxa , ...)

AVEZ-VOUS PRIS OU PRENEZ-VOUS (MÊME DANS LES 10 ANS) UN TRAITEMENT AUX BIPHOSPHONATES ? OUI NON
Lequel ? _____ (Ex: Didronel, Skélid ,Ostepam, Lyto, Clastoban, Fosamax,
Fosavance, Adrovanse, Actonel, Bonviva, Bondronat, Zométa,
Aclasta, Prolia, Xgeva, Protelos, ...)

Voie orale/ perfusion / injection ? _____

FAIRE LE POINT SUR VOTRE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE :

AVEZ VOUS SUIVI UN TRAITEMENT ORTHODONTIQUE ? OUI NON
A quelle date ? _____

SUIVEZ VOUS SUBI UNE CHIRURGIE DES MACHOIRES? OUI NON
A quelle date ? _____

SERREZ VOUS OU GRINCEZ VOUS DES DENTS ? OUI NON
A quel moment ? _____

SI VOUS AVIEZ LA POSSIBILITE DE CHANGER VOTRE SOURIRE, QU'AIMERIEZ VOUS CHANGER ?

AFFECTIONS : Si vous souffrez ou avez souffert d'une affection de la liste suivante , cochez la case correspondante)



MALADIES CARDIOVASCULAIRES

- Hypertension artérielle
- Infarctus du myocarde
- Angine de poitrine (angor)
- Insuffisance cardiaque
- Endocardite infectieuse
- Malformation cardiaque
- AVC (Accident vasculaire cérébral)
- Rhumatisme articulaire aigu
- Troubles circulatoires (phlébite)
- Embolie pulmonaire
- Angioplastie (pose de stent)



MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

- Spasmophilie
- Crises de tétanie
- Épilepsie / Convulsions
- Maladie d'Alzheimer
- Maladie de Parkinson
- Migraines
- Douleurs face / épaules / cou



MALADIES INFECTIEUSES

- Hépatite B (sérologie positive)
- Hépatite C (sérologie positive)
- VIH positif
- SIDA
- Herpès (bouton de fièvre)



MALADIES DES YEUX

- Glaucome
- DMLA



AUTRES TROUBLES

- Troubles psychiatriques
- Dépression
- Troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, etc.)



MALADIES RESPIRATOIRES

- Asthme
- Insuffisance respiratoire
- Bronchite chronique
- Tuberculose



MALADIES DIGESTIVES

- Cirrhose
- Insuffisance hépatique
- Ulcère gastroduodéal
- Reflux gastro-œsophagien
- Rectocolite hémorragique
- Maladie de Crohn



MALADIES RHUMATOLOGIQUES

- Arthrose
- Ostéoporose
- Polyarthrite rhumatoïde
- Spondylarthrite ankylosante
- Tendinites



MALADIES RÉNALES

- Insuffisance rénale (modérée à sévère)
- Insuffisance rénale terminale (dialyse)



MALADIES ENDOCRINIENNES

- Diabète
- Thyroïdie



MALADIES DE LA PEAU

- Eczéma
- Psoriasis



MALADIES ORL (NEZ, GORGE, OREILLES)

- Angine
- Sinusite chronique
- Acouphènes



TROUBLES DU SOMMEIL

- Insomnie
- Apnées du sommeil



MALADIES DU SANG

- Anémie
- Hémophilie

JE NE PRÉSENTE AUCUNE DE CES AFFECTIONS

