

- ☐ Docteur Steve TOUPENAY
☐ Docteur Dharani SOUGOUMARIN
☐ Docteur Thomas GARNIER-NGUYEN

7, Rue des Prés
91100 VILLABE
Tél : 01 60 86 29 71



QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

N° dossier interne Logos

NE PAS REMPLIR

CHIRURGIE ET MEDECINE BUCCO-DENTAIRE

J'atteste sur l'honneur informer mon chirurgien-dentiste de toutes nouvelles modifications concernant mon état de santé.

Nom : Prénom : Sexe : M ☐ F ☐ Autre ☐

Représentant légal (et lien de parenté) :

Date de naissance : __/__/____ Adresse :

Code postal : Ville : Téléphone :

Adresse mail : Profession :

Prenez-vous des médicaments actuellement : Oui / Non. Si oui, lesquels :

Nom du médecin traitant (et ville de son cabinet) :

Êtes-vous adressé(e) par un professionnel de santé ?

	Oui	Non		Oui	Non
MALADIES CARDIAQUES			SOINS DENTAIRES		
Hypertension artérielle contrôlée / non contrôlée *	☐	☐	Avez-vous déjà eu des anesthésies locales ?	☐	☐
Infarctus du myocarde (date :)	☐	☐	Complications suite à des soins dentaires ?	☐	☐
Endocardite infectieuse	☐	☐	Malaise – perte de connaissance ?	☐	☐
Prothèse valvulaire cardiaque	☐	☐	Hémorragie importante	☐	☐
Arythmie	☐	☐	Date de votre dernière visite chez le dentiste ____		
Insuffisance cardiaque *	☐	☐			
Autres : _____			MALADIES ENDOCRINIENNES		
			Diabète Équilibré / Non équilibré *	☐	☐
MALADIE NEUROLOGIQUE			Désordre thyroïdien	☐	☐
Épilepsie	☐	☐	CANCER		
Maladie de Parkinson	☐	☐	Avez-vous déjà été traité pour un cancer ?	☐	☐
Accident Vasculaire Cérébral (date :) *	☐	☐	Type : _____ Année : ____		
MALADIES DU SANG			Radiothérapie cervico-faciale (tête/cou)	☐	☐
Hémophilie	☐	☐	Chimiothérapie *	☐	☐
Autre trouble de la coagulation	☐	☐			
Saignez-vous beaucoup après une coupure ou une extraction dentaire ?	☐	☐	MADAME, MADEMOISELLE,		
Hémopathie maligne *	☐	☐	Êtes-vous enceinte ? de ____ mois *	☐	☐
ALLERGIES			Allaitez-vous ?	☐	☐
Allergie aux Pénicillines	☐	☐	AUTRES ANTECEDENTS MEDICAUX		
Allergie au Latex	☐	☐	Ostéoporose	☐	☐
Autres allergies (médicaments, aliments, autres)	☐	☐	→ Traitée par Biphosphonates (Aclasta®, Actonel® ; Fosamax®, Fosavance®, Bonviva®...) ?	☐	☐
Lesquelles _____			Rhumatisme inflammatoire chronique	☐	☐
MALADIES RESPIRATOIRES			Maladie de Crohn/Rectocolite Hémorragique	☐	☐
Asthme *	☐	☐	Dépression/ Problème psychologique	☐	☐
B.P.C.O *	☐	☐	Séropositivité HIV *	☐	☐
FUMEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS FUME ?			Hépatites : Type _____	☐	☐
Nombre de cigarettes/jour : _____	☐	☐	Cirrhose : Stade _____ *	☐	☐
Pendant combien d'années : _____	☐	☐	Insuffisance rénale / Dialyse *	☐	☐
Fumez-vous actuellement ? : _____	☐	☐	Tétanie / Spasmodie	☐	☐
J'ai arrêté de fumer en : _____	☐	☐	Reflux gastro-œsophagien	☐	☐
Prenez-vous des drogues ?	☐	☐	Prothèse articulaire (hanche, genou)	☐	☐
BUVEZ-VOUS DE L'ALCOOL QUOTIDIENNEMENT ?			AUTRES/REMARQUES :		
Type et quantité : _____	☐	☐			

Fait à Villabé
Le __/__/____

Signature