

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.

Votre adresse e-mail peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

Mme  Mlle  Mr  Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Tel :

E-mail :

---

Nom du médecin traitant :

Tel :

Adresse :

Code Postal :

---

Prenez vous des médicaments ? OUI  NON

Lesquels ?

Pourquoi ?

---

Avez vous des problèmes de santé ? OUI  NON

Tabac : OUI  NON  Fréquence :

Cardiaques-Valvulaires

-Hypertension

-Souffle, malformation opérée ou non

-Rhumatisme Articulaire Aigu

-Infarctus

Diabète

-Etes vous diabétique ? OUI  NON

-Votre diabète est-il équilibré ? OUI  NON

-Quel type ?

Etes vous enceinte ? OUI  NON

Allergies

-Pénicilline OUI  NON

-Aspirine OUI  NON

-Autres :

Troubles sanguins

-Hémophilie

-Purpura