# FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

## PATIENT

Nom : .....Prénoms : .....
Age : /__/__/ ans Né(e) le /__/__/__/__/__/__/ Sexe : M - F
Profession :.....Mutuelle :.....
Tel : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ Portable : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/
Adresse :.....
Code Postal : /__/__/__/__/__/ Ville : .....
Pour un enfant, nom de la personne responsable : .....
Voulez vous recevoir la newsletter du cabinet ? □ oui □ non Adresse e-mail :.....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

***Quel est le motif de votre consultation*** : .....
***Date du dernier examen dentaire: /__/__/__/__/__/__/ Nom du dentiste traitant*** : .....
Date du dernier examen médical : /__/__/__/__/__/__/ Nom du médecin traitant :.....
**Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ?.....**
**Avez-vous une demande esthétique ?.....**
Êtes- vous adresse par quelqu'un ? :.....
Avez-vous des problèmes de santé ? □ Oui □ Non
Prenez vous actuellement des médicaments ? □ Oui □ Non
Si oui, lesquels ?.....

**Maladies cardiaques** :
□ vasculaires (hypertension, angine de poitrine, infarctus) : .....
□ valvulaires (souffle cardiaque, malformation, rhumatisme, articulaire aigu) : .....
**Diabète :** □ Oui □ Non
Si oui, êtes vous suivi ? □ Oui □ Non
Votre diabète est-il équilibré ? □Oui □ Non
A combien de grammes est-il ?.....
**Hépatiques** (hépatite virale) : □ Oui (date?) /__/__/__/__/__/__/ Laquelle ?..... □ Non
**Sida** (séropositivité, test HIV) : □ Oui..... □ Non
**Éthylisme (alcool) :** □ Oui □ Non
**Tabac :** □ Oui (combien de cigarettes par jour ?.....) □ Non
**Allergies** (pénicillines, autres médicaments ou produits) □ Oui □ Non
Si oui, à quoi ? .....
**Maladies respiratoires** (asthme) : □ Oui □ Non
**Maladies digestives** (brûlure d'estomac, ulcère) : □ Oui □ Non
**Maladies rénales :** □ Oui □ Non
**Maladies glandulaires :** □ Oui □ Non
**Perte de connaissance** (épilepsie, spasmophilie) : □ Oui □ Non
**Maladies hématologiques** (purpura, hémophilie) : □ Oui □ Non
**Irradiations** (traitement rayon X) : □ Oui □ Non
**Ostéoporose, cancer du sein, cancer des os:** avez-vous déjà reçu des traitements par biphosphonates (Didronel®, Clastoban®, Skelid®, Fosamax®, Fosavance®, Actonel®, etc) ? □ Oui □ Non
**Autres maladies**.....
**Etat gynécologique** : portez-vous un stérilet, êtes vous enceinte, êtes vous en cours d'allaitement ?
□ Oui..... □ Non

Fait le, Signature