

QUESTIONNAIRE MEDICAL

La connaissance précise du passé médical du patient nous est indispensable pour adapter notre conduite thérapeutique, aussi nous vous remercions de bien vouloir remplir ce document avec précision. Ce questionnaire est strictement confidentiel.

Nom et prénom du patient :

Date de naissance : Sexe : F ou M

Nom et prénom des responsables légaux du patient :

Date approximative de la dernière visite médicale :

Nom du médecin traitant :

Nom du dentiste traitant :

Comment avez-vous connu le cabinet ? :

Le patient est-il suivi par un autre professionnel médical (orthophoniste, ostéopathe, kinésithérapeute).....

Le patient présente-t-il ou a-t-il présenté un(e) ou des (si oui cochez et précisez)

Pathologie cardiaque.....

Pathologie rénale.....

Pathologie pulmonaire.....

Troubles alimentaires ou digestifs.....

Diabète.....

Troubles hormonaux.....

Troubles de la croissance

Poids : Taille :

Date des premières règles :

Troubles posturaux.....

Troubles ostéo-articulaires.....

Rhumatisme articulaire.....

Troubles neurologiques.....

Epilepsie.....

Troubles de la coagulation.....

Maladie virale.....

Asthme

Le patient est-il allergique ? oui - non

Si oui à : Médicaments.....
Métaux.....
Latex
Pollens.....
Autres.....

Le patient présente -t-il régulièrement des aphtes ? Oui Non

Le patient a-t-il subi un :

Traumatisme facial.....

Traumatisme dentaire

Le patient prend-t-il actuellement des médicaments :

Si oui, lesquels et depuis combien de temps :

Avez-vous d'autres problèmes à nous signaler ?.....

Nous attirons votre attention sur l'importance de nous informer de tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement.

Date :

Signature :