

# Bilan de santé

Les pathologies bucco-dentaires ainsi que les soins et traitements bucco-dentaires pouvant être entrepris peuvent interférer avec votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne. Ce questionnaire a pour but d'éviter une prescription de médicaments ou un acte médical pouvant vous être dangereux et de connaître d'éventuelles contre-indications. Aussi, nous vous demandons de remplir ce questionnaire avec précision ; si vous ne savez pas, passez aux questions suivantes.

Les réponses seront réexaminées et si besoin complétées lors de l'entretien avec votre chirurgien-dentiste. Vos réponses sont uniquement utilisées pour compléter votre dossier médical et restent strictement confidentielles. Ce questionnaire est à remplir par le (la) patient(e), ou par un parent ou tuteur le cas échéant. Nous vous remercions de votre collaboration.

Nom _____ Prénom _____ n° SS _____	
Assurance Maladie Complémentaire _____	
<i>Pensez à vous munir de votre attestation pour votre prochain rendez-vous</i>	
Nom de naissance _____	
Adresse _____	
Code postal _____	Ville _____
Tél. domicile _____	portable _____ professionnel _____
E-mail _____	
Coordonnées du tuteur ou curateur, le cas échéant	
Date de naissance _____	Taille _____ Poids (kg) _____ Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Profession _____	<input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Retraité
Motif de votre consultation dentaire <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Bilan <input type="checkbox"/> Contrôle/Détartrage <input type="checkbox"/> Autre _____	
Êtes-vous adressé(e) par un médecin ou un chirurgien-dentiste ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lequel ? _____	
En cas de changement de praticien, motif et coordonnées du chirurgien-dentiste	
Date de votre dernière consultation dentaire _____	
Fumez-vous ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> a arrêté Sous quelle forme ?	
Précisez votre consommation _____ par jour par semaine par mois	
Arrêté le _____	
Consommez-vous des stupéfiants ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
<b>Pour les femmes</b>	
Êtes-vous ou supposez-vous être enceinte ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date prévue de l'accouchement _____	
Allaitez-vous ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Nom et coordonnées de votre médecin traitant	
Prenez-vous actuellement ou régulièrement des médicaments ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lesquels ? _____	
<input type="checkbox"/> Ordonnance à fournir au prochain RDV <input type="checkbox"/> Ordonnance scannée	
<b>Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection ou de plusieurs affections de la liste suivante ?</b>	
(Si oui, cochez la case correspondante)	
Maladie cardiovasculaire <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui...	si oui, laquelle? _____
Maladie respiratoire <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui...	si oui, laquelle? _____
Maladie du sang <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui...	si oui, laquelle? _____
Maladie rhumatologique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui...	si oui, laquelle? _____
Maladie rénale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui...	si oui, laquelle? _____
Autres maladies <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui...	si oui, laquelle? _____

### Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement de la liste suivante ?

(Si oui, cochez la case correspondante)

Avez-vous subi une chirurgie cardiaque ?  Non  Oui (pontage aorto-coronaire)

A quelle date ? \_\_\_\_\_

Suivez-vous un traitement pour fluidifier le sang (antiagrégant plaquettaire) ?  Non  Oui (ex: Aspirine®, Aspegic®, Kardegic®, Plavix®, Efiend®, Brilique®, Ticlid®, Cebutid®, Asasantine®, Duoplatin®, ...)

A quelle date ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous sous anticoagulant ?  Non  Oui (ex: Sintron®, Minisintrom®, Previscan®, Coumadine®, Calciparine®, Fraxiparine®, Eliquis®, Xarelto®, Pradaxa®, ...)

Lequel ? \_\_\_\_\_

A quelle date ? \_\_\_\_\_

Autres traitements

### Êtes-vous allergique ?

(Si oui, cochez la case correspondante)

êtes vous allergique?  Non  Oui... si oui, à quel médicament?

Signes apparus (plaques rouges, œdème de Quincke, vertige, diarrhées, maux d'estomac)

Comment avez-vous connu le cabinet ?

Si vous pensez avoir toute autre maladie ou tout autre problème de santé non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions, nous vous remercions de le préciser ci-dessous :

Pour votre prochain rendez-vous, n'oubliez pas de vous munir :

- des ordonnances des médicaments que vous prenez,
- des éventuelles radios dentaires en votre possession,
- de votre carte Vitale et des éventuels justificatifs papier pour votre remboursement.

A ma connaissance, j'atteste de l'exactitude de ces informations. En cas de modification(s) de mon état de santé, et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien traitant au rendez-vous suivant

Fait à \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature