

Questionnaire de santé

Nom du patient : _____

	OUI	NON	SPÉCIFICATIONS
1. Souhaitez-vous parler en privé avec votre dentiste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Êtes-vous suivi par un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Avez-vous des prothèses articulaires? (hanches, genoux).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Allaitiez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Prenez-vous des anovulants <input type="checkbox"/> des hormones <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Prenez-vous des médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Avez-vous besoin d'antibiothérapie prophylactique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Médication prise en ce moment ou au cours des 12 derniers mois	

Veillez cocher OUI ou NON pour chacune des conditions actuelles ou passées.

	OUI	NON		OUI	NON
Problèmes sanguins			Maladie de peau		
Hémophilie, anémie, saignements prolongés			Problèmes oculaires (yeux)		
Conditions cardiaques			Maux d'oreille		
Infarctus, angine, chirurgie, etc.			Arthrite		
Infection au cœur (endocardite)			Étourdissements, évanouissements		
Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule			Troubles thyroïdiens		
Tension artérielle (pression) haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/>			Douleur chronique		
Problèmes de foie (hépatite A, B, C, cirrhose)			Épilepsie		
Troubles ou maladies du système digestif			Troubles ou maladies du système nerveux		
Précisez :			Troubles ou maladies psychiatrique		
Troubles d'estomac : ulcère <input type="checkbox"/> reflux <input type="checkbox"/>			Troubles de développement		
Troubles du rein			Troubles de l'attention / hyperactivité		
Diabète			Rhumes fréquents ou sinusites		
Ostéoporose			Rhume des foins / allergies saisonnières		
Prévention / traitement (comprimés)			Tuberculose / problèmes pulmonaires		
Injection annuelle ou mensuelle			Asthme		
Cancer (tumeur) précisez :			Fumez-vous? ____cig. /jour		
Radiothérapie			Ex-fumeur		
Chimiothérapie			Consommez-vous de l'alcool? ____verre/jour/sem./mois		
Infections transmises sexuellement et par le sang			Consommez-vous des drogues?		
			Prenez-vous de la méthadone?		

Allergies ou manifestations à ces produits

	OUI	NON		OUI	NON
Pénicilline			Latex		
Sulfamidés			Iode		
Codéine			Quetiapine		
Aspirine			Aliments		
Anesthésiques			Autres antibiotiques =		

Signature : _____ patient lui-même parent/tuteur (-14 ans) mandataire / responsable

Signature dentiste : _____

J'ai révisé le questionnaire médical et fait part de tous les changements

Signature _____ Date _____ Initiales dentiste : _____

Signature _____ Date _____ Initiales dentiste : _____