

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Afin de vous apporter la meilleure prise en charge, chaque première consultation fait l'objet d'un questionnaire médical précis, consigné dans votre dossier.
 Les réponses que vous fournirez seront l'objet d'une attention particulière permettant une évaluation précise de votre état de santé par votre chirurgien-dentiste, et si nécessaire une adaptation de son traitement et/ou prescriptions.
 Merci de prendre le temps de répondre à ce questionnaire concernant vos antécédents médicaux, chirurgicaux, traitements médicamenteux anciens ou récents, allergies ; puis de dater et signer en fin de page.

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : ___ / ___ / ___ Adresse : _____
 N° de téléphone : _____
 Adresse mail : _____ Profession : _____
 Nom du (des) médecin(s) traitant(s) ou spécialiste(s) : _____
 Adressé par : _____ Date du dernier contrôle dentaire : ___ / ___ / ___

Quel est le motif de la consultation ? Avez-vous eu un problème de santé cette année ? Avez-vous des problèmes ou antécédents ?

1

Une douleur
 Un contrôle
 Autre :

2

OUI NON

Si oui, précisez :

Infarctus
 Accident vasculaire cérébral
 Cancer
 Autre :

3

<input type="checkbox"/> Cardiaque	<input type="checkbox"/> Digestif
<input type="checkbox"/> Vasculaire	<input type="checkbox"/> Dépression
<input type="checkbox"/> Pulmonaire	<input type="checkbox"/> Épilepsie
<input type="checkbox"/> Rénal	<input type="checkbox"/> Cancer actif
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> VIH, sida
<input type="checkbox"/> Hépatique	<input type="checkbox"/> Herpès, zona
<input type="checkbox"/> Sanguin	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Thyroïde	

Avez-vous déjà subi une opération ?

4

OUI NON

Si oui, précisez :

Valve cardiaque
 Pace maker, stents, pontage
 Thyroïde
 Rein
 Foie
 Greffe
 Hanche
 Cancer
 Autre :

Êtes-vous traité à l'hôpital pour :

5

Dialyse
 Chimiothérapie
 Radiothérapie

Avez-vous déjà fait une allergie ?

6

OUI NON

Si oui, précisez :

Antibiotique
 Iode
 Latex
 Résine
 Métal (préciser : _____)
 Anesthésie
 Autre :

Fumez-vous ?

8

OUI NON

et/ou consommez-vous de l'alcool ?

OUI NON

Prenez-vous des médicaments ?

7

OUI NON

Si oui, précisez :

Femmes seulement : êtes-vous enceinte ou en cours d'allaitement ?

9

OUI NON

Nombre de semaines/mois :

« Je certifie que les informations fournies au chirurgien-dentiste sont complètes et m'engage à lui signaler toute modification de mon état de santé par la suite. »

Date et signature du patient :

NATIODENT

Covid-19 - Questionnaire	Oui	Non
Avez-vous eu de la fièvre au cours des 14 derniers jours ? T° > 37.3		
Durant les 2 dernières semaines, avez-vous été en contact vous-même ou une autre personne de votre foyer avec une personne déclarée malade du Covid-19 ?		
Au cours des 14 derniers jours, vous ou une personne de votre entourage : avez-vous eu des symptômes pseudo-grippaux (toux, rhume, troubles respiratoires, fièvre, diarrhée, perte du goût ou de l'odorat ?)		
Avez-vous voyagé durant les 14 derniers jours ?	Non	

Recommandations :

- Si la réponse est oui à au moins une question, le rendez-vous patient doit être reporté de 14 jours.
- S'il n'y a pas le choix, prendre le patient en fin de journée car les suspensions restent 3 h dans l'air.
- Demander au patient de venir à l'heure, masqué, ayant brossé ses dents au domicile et fait un bain de bouche (bétadine ou eau oxygénée 0,5%).
- Si c'est un nouveau patient, faire le max d'administratif en amont (dossier, questionnaire médical à envoyer par mail ...). Si un abcès est identifiable visuellement, faire ordonnance à l'accueil • Le patient doit être informé au téléphone des nouvelles règles appliquées.