IMPLANTOLOGIE
DENTAIRE
OUEST

PARODONTOLOGIE
CHIRURGIE ORALE
IMPLANTOLOGIE

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

- DOCTEUR CHARLES ALLIOT
  CHIRURGIEN-DENTISTE
- DOCTEUR PIERRE-ALEXANDRE BERRY
  CHIRURGIEN-DENTISTE
- DOCTEUR CHARLES EVANNO
  CHIRURGIEN-DENTISTE
- DOCTEUR CHARLES GUIAS
  CHIRURGIEN-DENTISTE
- DOCTEUR LÉO JAUNET
  CHIRURGIEN-DENTISTE

☐ Mme ☐ M

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Tél. : ☐☐☐☐☐

N° S.S : ☐☐☐☐☐☐☐ Mail : .....

Adresse : ....

Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

Profession : ....

Dentiste traitant : ..... Médecin traitant déclaré : .....

Adresse : ..... Adresse : .....

• MOTIF DE VOTRE CONSULTATION : .....

Avez vous des problèmes de santé ? .....

Suivez vous un traitement médical ? ☐ oui ☐ non

Prenez-vous régulièrement des médicaments ? ☐ oui ☐ non ☐ ?

• *Si oui, lesquels ?* ....

Êtes-vous sujet à des réactions allergiques ? ☐ oui ☐ non ☐ ?

• *Si oui, lesquelles ?* ....

En cas de blessure ou d'extraction dentaire avez-vous remarqué un saignement important ? ☐ oui ☐ non

• SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU UN/DES PROBLÈME/S DE SANTÉ CITÉ/S CI-DESSOUS :

	oui	non	?		oui	non	?
Coeur (Infarctus, Angine de poitrine)	☐	☐	☐	Foie (ex. Ictère)	☐	☐	☐
Hypertension	☐	☐	☐	Migraine	☐	☐	☐
Hypotension	☐	☐	☐	Rhumatisme	☐	☐	☐
Accident Vasculaire Cérébral	☐	☐	☐	Asthme	☐	☐	☐
Anémie	☐	☐	☐	Troubles nerveux / anxiété	☐	☐	☐
Rein	☐	☐	☐	Convulsions	☐	☐	☐
Diabète	☐	☐	☐	Thyroïde	☐	☐	☐
Maladie infectieuse	☐	☐	☐	Ostéoporose	☐	☐	☐
Tuberculose, Hépatite, SIDA	☐	☐	☐	Traitement par bisphophonate	☐	☐	☐

Avez-vous une autre maladie ? .....

Fumez vous ? ☐ oui ☐ non

Combien : ..... /jours

Depuis quand ? .....

Êtes vous enceinte ? ☐ oui ☐ non

Depuis quand ? .....

Questionnaire rempli le :

..... / ..... / .....

Signature :

cabinetido.fr
02 49 62 80 82
contact@cabinetido.fr

(Route de Vannes)
Berkeley square, bâtiment B
3, chemin des Pavillons
44800 Saint-Herblain