

QUESTIONNAIRE MEDICAL (merci d'entourer la ou les propositions qui vous correspondent)

Nom et prénom : **tel :** **profession :**

Vous allez chez le dentiste : 1 fois par an Tous les 3 à 5 ans Quand vous avez mal Presque jamais

Nom de votre médecin traitant : **Localité**

Pourquoi avez-vous pris rendez-vous aujourd'hui ?

Contrôle Détartrage Douleurs Sensibilités Demande d'informations Carie Saignements Dent
ou « plombage » cassé Prothèse dentaire Problème Esthétique Implant Orthodontie

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de santé ?

Problème cardiaque Hypertension Insuffisance Rénale Problème digestif : Brûlures Ulcère
Epilepsie Diabète insuliné - non insuliné équilibré - non équilibré Asthme Problème Hépatique
Problème Psychique Stress Dépression HIV Hépatite A B C Cancer Autres :.....
.....

Avez-vous déjà eu des anesthésies locales : oui non

Avez-vous déjà eu un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie ? oui non

Avez-vous déjà pris des biphosphonates ou un traitement contre l'ostéoporose ? oui non

Êtes-vous allergique ? oui non Si oui à quoi :

Merci de lister les médicaments que vous prenez

Fumez-vous ? oui non occasionnellement Si oui nombre de cigarettes par jour :

Madame, êtes-vous enceinte ? oui non Si oui depuis..... **Allaitiez-vous ?** oui non

Êtes-vous anxieux à l'idée d'entreprendre des soins dentaires ? oui non

J'atteste l'exactitude des informations que j'ai données, et m'engage à signaler à mon chirurgien-dentiste, toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Madame, monsieur, l'équipe soignante du Cabinet Dentaire de La Palissade vous donnera toutes les explications nécessaires pour que vous compreniez les diagnostics qui seront posés et les traitements proposés et vous demande de ne pas hésiter à la solliciter si d'autres informations étaient nécessaires. Par votre signature, vous nous donnez votre consentement libre et éclairé pour les soins qui seront réalisés par votre chirurgien-dentiste, après un examen clinique d'éventuels examens complémentaires et devis si nécessaire. La relation avec votre docteur s'inscrit dans le cadre d'un contrat de soins. Nous nous engageons à vous porter toute notre attention, à vous soigner selon les données avérées de la science et nous formons très régulièrement pour améliorer constamment nos soins. Vous vous engagez à respecter les rendez-vous qui vous seront donnés, à nous avertir le plus à l'avance possible en cas d'empêchement et à suivre les traitements prescrits.

Vos données personnelles feront l'objet d'un traitement informatique dans nos logiciels médicaux : Julie, Orthalis, Kitview. Certaines données sont télétransmises aux organismes payeurs par des voies sécurisées. Nos ordinateurs sont protégés par des mots de passe. Vous possédez un droit d'accès et de rectification à toutes vos données informatisées.

A Saint-Louis le

Signature