

Dr Pierre Olivier Sage

Chirurgien dentiste

Exercice exclusif en implantologie et chirurgie

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Mme Mlle Mr

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Tel : ____ - ____ - ____ - ____

Adresse du domicile : _____

Profession : _____

Dentiste traitant : _____ Médecin traitant : _____

Ville : _____ Ville : _____

Etiez vous récemment chez votre médecin ? Oui Non ?

Suivez vous un traitement médical ? Oui Non ?

Prenez vous régulièrement des médicaments ? Oui Non ?

- si oui lesquels ? _____

Ne supportez vous pas certains médicaments ? Oui Non ?

- si oui lesquels ? _____

Avez vous des allergies connues ? Oui Non ?

- si oui lesquelles ? _____

Etes vous allergique à la pénicilline ? Oui Non ?

Avez vous un problème de santé cité ci dessous ?

	Oui	Non	?		Oui	Non	?
Cœur (infarctus, valve, angine de				Médication aux Biphosphonates			
Hypertension				Migraine			
Malaise vagues				Rhumatisme			
AVC				Asthme			
Anémie				Nerf			
Rein				Epilepsie			
Diabète				Thyroïde			
Maladie infectieuse				Ostéoporose			
hépatite, SIDA				Foie			

Avez vous une autre maladie ? _____

Fumez vous ? Oui Non Combien par jour ? _____ Depuis _____

Madame, êtes vous enceinte ? Oui Non depuis _____

Motif de la consultation : _____

Questionnaire rempli le _____

Signature : _____