Docteur Christian CORBIN

Questionnaire médical confidentiel

Les pathologies bucco-dentaires ainsi que les soins et traitements pouvant être entrepris, peuvent interférer sur votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne.
Aussi, nous vous demandons de remplir ce questionnaire médical avec précision. Les problèmes médicaux particuliers seront réexaminés en consultation.

Nom et prénom :
Date de naissance :
Votre téléphone :
Votre mail :

- A quand remonte votre dernier examen médical :
- A quand remonte votre dernier examen dentaire :
- Avez-vous actuellement des problèmes de santé, si oui lesquels ?

- Avez-vous maigri ou grossi récemment de façon importante ?
- Etes-vous suivi actuellement par un médecin ou un service hospitalier ? si oui lequel ?

- Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? : si oui lesquelles ?

- Avez-vous été hospitalisé ces deux dernières années ? si oui pourquoi ?

- Avez-vous ou avez-vous eu des maladies graves ou invalidantes ? si oui lesquelles ?

- Prenez-vous des médicaments ? : si oui lesquels ?

- Avez-vous des allergies à des médicaments ? si oui lesquels ?

- Connaissez-vous votre tension artérielle ?
- En cas de grossesse, date prévue de l'accouchement
- Fumez-vous ? si oui nombre de cigarettes/jour : □ tabac □ cannabis

N.B. Le cannabis diminue fortement la prise de l'anesthésie.

- Avez-vous eu des complications à la suite d'anesthésies locales ou au cours de soins dentaires ? : si oui lesquelles ?
- Avez-vous eu des saignements prolongés ?
- Avez-vous d'autres informations à me communiquer ?

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces informations. En cas de modification(s) de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerais le praticien qui me soigne au rendez-vous suivant.

Date : Signature du patient :