# QUESTIONNAIRE MEDICAL

**PRENOM, NOM : DATE DE NAISSANCE :**

**Ce questionnaire médical est extrêment important afin que votre chirurgien-dentiste puisse vous prendre en charge de manière sûre.** Veuillez répondre par oui ou non à toutes les questions suivantes. N’hésitez pas à requérir l’aide du praticien en cas de doute. Ce document est confidentiel.

## Pathologies cardiaques OUI NON

Antécédent d’endocardite infectieuse [ ]  [ ]

Prothèse valvulaire [ ]  [ ]

Cardiopathie congénitale cyanogène ou dérivation chirurgicale [ ]  [ ]

Souffle cardiaque [ ]  [ ]

Insuffisance cardiaque [ ]  [ ]

Angine de poitrine [ ]  [ ]

Antécédent d’infarctus [ ]  [ ]

Troubles du rythme [ ]  [ ]

## Pathologies vasculaires

Hypertension artérielle [ ]  [ ]

Phlébite [ ]  [ ]

Syndrome de Raynaud [ ]  [ ]

## Pathologies sanguines

Drépanocytose [ ]  [ ]

Hémophilie [ ]  [ ]

Thrombocytopénie (manque de plaquettes) [ ]  [ ]

## Pathologies du système immunitaire

Immunodépression [ ]  [ ]

## Maladies systémiques

Polyarthrite rhumatoïde [ ]  [ ]

Lupus érythémateux disséminé [ ]  [ ]

Syndrome de Gougerot-Sjogren [ ]  [ ]

Maladie de Behçet [ ]  [ ]

## Pathologies métaboliques

Diabète de type 1 ou de type 2 [ ]  [ ]

Hypothyroidie ou hyperthyroidie [ ]  [ ]

## Pathologies occulaires

Glaucome [ ]  [ ]

## Pathologies rénales

Insuffisance rénale [ ]  [ ]

## Pathologies digestives

Insuffisance hépatique [ ]  [ ]

Reflux gastro-oesophagien [ ]  [ ]

Ulcère gastro-duodénal, gastrite [ ]  [ ]

## Pathologies respiratoires

Asthme [ ]  [ ]

Insuffisance respiratoire [ ]  [ ]

## Pathologies musculaires

Myasthénie [ ]  [ ]

## Pathologies osseuses et articulaires

Ostéoporose [ ]  [ ]

Portez-vous une prothèse articulaire ? [ ]  [ ]

## Pathologies cerebrales

Antécédent d’AVC [ ]  [ ]

Epilepsie [ ]  [ ]

Maladie de Parkinson [ ]  [ ]

Migraine [ ]  [ ]

## Troubles psychiatriques

Anorexie mentale – boulimie [ ]  [ ]

Anxiété [ ]  [ ]

Dépression [ ]  [ ]

Trouble psychotique [ ]  [ ]

## Pathologies infectieuses

Herpès labial (bouton de fièvre) [ ]  [ ]

Tuberculose pulmonaire [ ]  [ ]

Virus du SIDA (VIH) [ ]  [ ]

Virus de l’hépatite B (VHB) [ ]  [ ]

Virus de l’hépatite C (VHC) [ ]  [ ]

## Troubles allergiques

AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) [ ]  [ ]

Iode [ ]  [ ]

Latex [ ]  [ ]

Pénicillines [ ]  [ ]

Autre (hors allergies respiratoires et alimentaires) : [ ]  [ ]

## Grossesse, allaitement

Allaitez-vous ? [ ]  [ ]

Etes-vous enceinte ? [ ]  [ ]

## Consommation de substances addictives

Tabagisme (si oui, préciser la quantité) [ ]  [ ]

Cannabis [ ]  [ ]

Autre, précisez : [ ]  [ ]

## Prise de médicaments sur le long terme

Anticoagulants [ ]  [ ]

Antiagrégants plaquettaires [ ]  [ ]

Corticoïdes [ ]  [ ]

Méthotrexate [ ]  [ ]

Traitement immunosuppresseur [ ]  [ ]

Antidépresseur IMAO [ ]  [ ]

Lithium [ ]  [ ]

Chimiothérapie [ ]  [ ]

Avez-vous subit une radiothérapie de la sphère oro-faciale ? [ ]  [ ]

Avez-vous déjà pris des bisphosphonates au cours de votre vie (Aclasta, Actonel, Aredia, Bondronat, Bonefos, Bonviva, Clastoban, Didronel, Fosamax, Lytos, Osteodidronel, Ostepam, Pamidrin, Paminject, Skelid, Zometa) ? Si oui, veuillez préciser pendant combien de temps et sous quelle forme (orale ou injectable) [ ]  [ ]

Autre, précisez :

## Autre

Précisez tout autre élément - non évoqué dans ce questionnaire - relatif à votre état de santé :

**Date :**

**Signature du patient Signature du praticien**

QM v1.1