# 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