

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL DE SANTÉ

Date | _____ |

Nom Prénom(s).....

N° passeport/carte d'identité

Adresse

Ville Code Postal

Téléphone E-mail

Dans le cas où vous remplissez ce formulaire pour une autre personne, quel lien avez-vous avec elle ?
.....

Répondez aux questions suivantes en cochant la case appropriée :

1- Êtes-vous en bonne santé ? OUI NON

2- Votre état de santé a-t-il changé au cours de cette année ? OUI NON

3- Quelle est la date de votre dernier bilan médical | _____ |

4- Bénéficiez-vous actuellement d'un suivi médical ? OUI NON

5- Avez-vous eu une maladie grave ou avez-vous subi une intervention chirurgicale ? OUI NON

-Si oui, laquelle ?

6- Avez-vous été hospitalisé au cours des 5 dernières années ? OUI NON

- Si oui, pour quelle raison ?

7- Souffrez-vous d'une des maladies ou d'un des problèmes de santé suivants :

a) Maladie des valves cardiaques OUI NON

b) Lésions congénitales cardiaques OUI NON

c) Maladies cardiovasculaires (problème de cœur, attaque cardiaque, insuffisance
coronarienne, occlusion coronarienne, artériosclérose, souffle au cœur OUI NON

d) Êtes-vous porteur d'un pacemaker ? OUI NON

e) Allergie OUI NON

f) Sinusite OUI NON

g) Asthme OUI NON

h) Urticaire ou éruption cutanée OUI NON

i) Absence ou malaise OUI NON

j) Diabète (sucre dans le sang) OUI NON

k) Hépatite OUI NON

l) Arthrose OUI NON

m) Ulcère à l'estomac ou duodéal OUI NON

n) Gastrite ou maux d'estomac OUI NON

o) Problèmes rénaux OUI NON

p) Tuberculose OUI NON

q) SIDA OUI NON

r) Hypertension artérielle OUI NON

s) Anémie OUI NON

t) Hyperthyroïdie ou goitre OUI NON

u) Rhumatisme articulaire aigu OUI NON

- v) Avez-vous eu des hémorragies abondantes suite à une extraction, une intervention chirurgicale ou un traumatisme ? OUI NON
- w) Avez-vous déjà bénéficié d'une transfusion sanguine ? OUI NON
- x) Autre maladie ou problème ? OUI NON
- Si oui, laquelle ou lequel ?

8- Avez-vous subi une intervention chirurgicale ou radiothérapie suite à une tumeur ou problème au niveau du cerveau ou du cou ? OUI NON

9- Avez-vous un traitement médical ? OUI NON

-Si oui, lequel ?

10- Êtes-vous allergique, ou avez-vous des problèmes avec :

- a) Métaux (Chrome, Cobalt, Nickel, etc.) OUI NON
- b) Produits anesthésiques ou antibiotiques OUI NON
- c) Sulfamides OUI NON
- d) Barbituriques, sédatifs ou somnifères OUI NON
- e) Aspirine OUI NON
- f) Iode OUI NON
- g) Autre, le préciser

11- Avez-vous eu un problème grave lors d'un traitement dentaire antérieur ? OUI NON

Expliquez lequel :

.....

.....

12- Avez-vous un problème grave ou trouble non mentionné dans ce questionnaire qu'il vous paraît important de porter à notre connaissance ? OUI NON

-Si oui, lequel ?

13- Avez-vous été en contact avec une personne à risque ou vous êtes-vous fait faire une analyse :

- a) Herpes OUI NON
- b) Hépatite OUI NON
- c) Tuberculose OUI NON
- d) SIDA OUI NON

14- Fumez-vous ? OUI NON

15- Consommez-vous de l'alcool habituellement ? OUI NON

Pour les femmes :

16- Êtes-vous enceinte ou soupçonnez-vous de l'être ? OUI NON

17- Allaitiez-vous ? OUI NON

Je certifie les réponses figurant sur le présent questionnaire exactes, sincères et complètes et déclare en prendre l'entière responsabilité.

Signature du patient