

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ N°SS ou nom assurance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone fixe : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

## HISTORIQUE MEDICAL (santé générale)

Nom de votre dentiste : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Nom de votre médecin traitant : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Quel est le motif de votre consultation : \_\_\_\_\_  
A quand date votre dernier examen médical : \_\_\_\_\_  
Avez-vous connu des changements dans votre état de santé depuis un an?  OUI  NON  
Votre Poids : \_\_\_\_\_

Merci de cocher chacune des **maladies** ou chacun des **problèmes** suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement :

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> antidépresseurs         | <input type="checkbox"/> maladie du foie        | <input type="checkbox"/> prothèses (autres que dentaires) |
| <input type="checkbox"/> asthme                  | <input type="checkbox"/> maladies cardiaques    | <input type="checkbox"/> rhumatisme articulaire aigu      |
| <input type="checkbox"/> chirurgie esthétique    | <input type="checkbox"/> maladie du sang        | <input type="checkbox"/> séropositivité HIV               |
| <input type="checkbox"/> désordre hormonaux      | <input type="checkbox"/> maladies vénériennes   | <input type="checkbox"/> sinusites répétées               |
| <input type="checkbox"/> diabète                 | <input type="checkbox"/> oedèmes (gonflements)  | <input type="checkbox"/> syncopes, vertiges               |
| <input type="checkbox"/> glaucome                | <input type="checkbox"/> pacemaker              | <input type="checkbox"/> thyroïde                         |
| <input type="checkbox"/> hépatite A,B,C          | <input type="checkbox"/> pertes de connaissance | <input type="checkbox"/> troubles des reins               |
| <input type="checkbox"/> problèmes circulatoires | <input type="checkbox"/> tumeur maligne         | <input type="checkbox"/> lésions cardiaques congénitales  |
| <input type="checkbox"/> ulcères à l'estomac     | <input type="checkbox"/> problèmes nerveux      | <input type="checkbox"/> autres maladies :.....           |

Souffrez-vous **d'ostéoporose**, de la maladie de Paget ou d'une autre maladie osseuse ?  OUI  NON  
\* si oui quel traitement suivez-vous ? ( Fosomax, Actonel...) : .....

Avez-vous déjà eu un **saignement anormal** au cours d'une intervention ou d'un accident ?  OUI  NON

Avez-vous des **médicaments** en ce moment?  OUI  NON  
\* si oui, lesquels : .....

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> antibiotiques | <input type="checkbox"/> antihistaminique | <input type="checkbox"/> tranquillisant                        |
| <input type="checkbox"/> aspirine      | <input type="checkbox"/> cortisone        | <input type="checkbox"/> traitement pour la tension artérielle |
| <input type="checkbox"/> insuline      | <input type="checkbox"/> autres :.....    |  |

Etes-vous **allergique** à certains produits ou médicaments ?  OUI  NON  
\* si oui, lesquels : .....

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> iode et produits dérivés                         | <input type="checkbox"/> latex                         | <input type="checkbox"/> anesthésique local chez le dentiste |
| <input type="checkbox"/> barbituriques                                    | <input type="checkbox"/> antibiotique (pénicilline...) | <input type="checkbox"/> anti-inflammatoire ou aspirine      |
| <input type="checkbox"/> codéine  | <input type="checkbox"/> neuroleptique ou somnifère    |  |
| <input type="checkbox"/> métal (réaction aux boutons de jeans, bijoux...) |  |  |

Pensez-vous avoir toute **autre maladie** ou tout **autre problème** non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions ?  OUI  NON  
\* si oui, lesquels : .....

Etes-vous **fumeur**?  OUI  NON  
• si oui, nombre de cigarettes par jour : .....

Madame, Mademoiselle, êtes-vous **enceinte** ?  OUI  NON  
si oui, de combien de mois : .....

DATE :

SIGNATURE