

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