

## INTERROGATOIRE MEDICAL

Nom :  
Prénom :  
Adresse :  
Date de naissance :  
N°tel :  
Email :  
Nom médecin traitant :

*Cochez la case correspondante*

- Avez-vous des problèmes cardiaques ? oui  non
- Si oui lesquels :
- Vous avez subi une intervention chirurgicale avec mise en place d'un pace maker
  - Vous avez subi une intervention chirurgicale avec mise en place d'une valve
  - Si autre, précisez :
- Avez-vous de l'hypertension ? oui  non
- Prenez-vous des anti-coagulants ? oui  non
- Avez-vous un virus du type hépatite B, C ou HIV ? oui  non
- Avez-vous suivi un traitement de radiothérapie ? oui  non
- Avez-vous suivi un traitement de chimiothérapie ? oui  non
- Avez-vous pris des biphosphonates  
(médicaments utilisés contre l'ostéoporose et en cancérologie) oui  non
- Avez-vous du diabète ? oui  non
- Si oui : Votre diabète est-il équilibré ? oui  non
- Avez-vous de l'asthme ? oui  non

► Souffrez-vous de xérostomie (bouche sèche) ? oui  non

► Avez-vous déjà eu un Herpès ? oui  non

► Avez-vous fait des crises d'épilepsie ? oui  non

► Fumez vous ? oui  non

Si oui :

1-10 cig/J  10-20cig/J  +de 20cig/J

► Combien de fois par jour vous lavez-vous les dents ? 1fois  2fois  3fois et plus

► Faites vous des allergies ? oui  non

Si oui : ►A quels médicaments :

►A quelles substances (latex, iode, anesthésie...) ? :

► Prenez vous des médicaments ? oui  non

(Photocopie de vos ordonnances si + de 5 médicaments)

NOM	MEDICAMENT	POSOLOGIE

► Avez-vous eu des problèmes de sinus ? oui  non

► Avez vu eu un Rhumatisme Articulaire Aigu ? oui  non

► Avez-vous eu un Accident Vasculaire Cérébral ? oui  non

► Avez-vous des problèmes d'estomac, des ulcères ? oui  non

► Etes-vous ou pourriez vous être enceinte ? oui  non

► Allaitiez-vous ? oui  non

Ce questionnaire pourra être complété pendant la consultation.

Date : / /

Signature :