

Jérôme NOËL
Docteur en Chirurgie Dentaire
C.E.S de Biologie Buccale
C.E.S et D.U de Parodontologie
D.U de Chirurgie et Prothèse Implantaire

QUESTIONNAIRE MEDICAL

PARODONTOLOGIE-IMPLANTOLOGIE

90, rue de l'Abbé Groult
75015 Paris

Nom et Prénom du patient : Date de naissance : / /

Adresse – Ville : Tel :

Motif de consultation :

Date du dernier examen médical : Dentaire :

Prenez-vous actuellement des médicaments ? Depuis quand ?

Lesquels ?

Pourquoi ?

Nom du médecin traitant : Tél. :

Etes-vous fumeur ? Nombre de cigarettes/jour ?

Dentiste traitant (si adressé) :

Avez-vous une des affections suivantes ?

Cardiaque/vasculaire

hypertension

angine de poitrine

infarctus

souffle cardiaque

rhumatisme articulaire aigu

Diabète

Etes-vous diabétique ?

Si oui, êtes-vous suivi ?

Votre diabète est-il équilibré ?

Hépatique

hépatite virale

date :

Allergie

Etes-vous asthmatique ?

Etes-vous allergique ?

aux pénicillines

à d'autres médicaments

lesquels ?

à des métaux

lesquels ?

à des produits ?

lesquels ?

quel type d'allergie ?

.....

Digestive

brûlures d'estomac

ulcère

Nerveuse

dépression

crises nerveuses (épilepsie)

Rénale

insuffisance rénale

hémodialyse

.....

Sanguine

hémophilie

Saignez-vous beaucoup après une coupure ?

Avez-vous déjà eu des extractions ?

Complications ?

Autres maladies :

.....

Etat physiologique

Etes-vous enceinte ?

Irradiations

Avez-vous été irradié ?

Traitement par rayon X ?

Ostéoporose

Traitement Hormonal Substitutif ?

Traitement Biphosphonates ?

Fait le,

Signature :