

Questionnaire médical patient confidentiel

Docteur Decocq

Numéro de dossier (à remplir par le chirurgien-dentiste):

Ce questionnaire médical et confidentiel est destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Il sera conservé dans votre dossier patient.

Nom et Prénom(s):

Tel:

Adresse:

Code postal:

Ville:

Date de naissance:

Age:

Sexe: M: - F:

Taille:

Poids:

Adresse mail:

Profession:

Adressé et/ou recommandé par : un parent un ami un médecin annuaire un dentiste autre:

Êtes-vous personnellement assuré : oui - non

Numéro de sécurité sociale :

Si vous n'êtes pas personnellement assuré, nom et prénom de l'assurée :

Le Numéro de sécurité sociale :

Motif de consultation:

Informations visite de contrôle plombage brisé Carie Dents, gencives sensibles

Dent fracturée Détartrage Prothèse dentaire Douleur

Autre préciser:

Date dernier examen dentaire (ou soins dentaires):

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de santé?

<input type="radio"/> Troubles cardio-vasculaires:	<input type="radio"/> Allergies:
<input type="radio"/> Troubles rénaux :	<input type="radio"/> Troubles hormonaux:
<input type="radio"/> Troubles digestifs:	<input type="radio"/> Diabète:
<input type="radio"/> Troubles hépatiques (si hépatite précisez A,B ou C):	<input type="radio"/> Troubles sanguins (ex: anémie, hémophilie):
<input type="radio"/> Troubles nerveux:	<input type="radio"/> Problèmes osseux ou articulaires:
<input type="radio"/> Dépression:	<input type="radio"/> Problèmes ORL:
<input type="radio"/> Troubles oculaires:	<input type="radio"/> Cancer:
<input type="radio"/> Troubles broncho-pulmonaires:	<input type="radio"/> Autres maladies? Précisez:
<input type="radio"/> Troubles cutanés:	

Etes vous actuellement suivi par un médecin?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Prenez vous actuellement des médicaments?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	Si oui, précisez lesquels:
Suivez vous ou avez vous suivi un traitement radio/ chimiothérapie?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Avez vous déjà eu des anesthésies dentaires?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	Si problèmes, lesquels:
Avez vous déjà eu des extractions dentaires?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	Si problèmes, lesquels:

Renseignements complémentaires:

Etes vous enceintes oui non

Etes vous fumeur? oui non Si oui, combien de cigarettes par jour:

Consommez vous de l'alcool? oui non Si oui combien de verres par jour:

Consommez vous des drogues? oui. non Si oui, quel type de drogues:

Etes vous sous traitement contre l'ostéoporose? oui non Si oui, lequel:

Nom et adresse de votre médecin traitant:

Depuis combien de temps:

Depuis combien de temps:

Date et SIGNATURE:

Questionnaire médical spécial dépistage

COVID19

Docteur Decocq

Avez vous eu le covid 19?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	Si oui, quelle date? Avez vous été hospitalisé?
Y a t-il eu des cas de covid 19 dans votre entourage?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	Si oui, Quand?
Etes-vous resté confiné pendant les 15 derniers jours ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Portez-vous un masque quand vous sortez de chez vous ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Avez-vous des symptômes anormaux (fièvre, sensation de fatigue, maux de tête) ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	Si oui lesquels?
Avez-vous eu des difficultés à vous alimenter ou boire depuis 24 heures ou plus?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Avez-vous eu un manque de souffle INHABITUEL lorsque vous parlez ou faites un petit effort dans les dernières 24 heures?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Quelle a été votre température la plus élevée ces dernières 48 heures ?	T°:		
Avez-vous une fatigue inhabituelle ces derniers jours ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Ces derniers jours avez-vous eu une toux ou une augmentation de votre toux habituelle?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Ces derniers jours avez-vous noté une forte diminution de votre goût ou de votre odorat?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Ces derniers jours avez-vous un mal de gorge et/ou des douleurs musculaires et/ou des courbatures inhabituelles ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Ces dernières 24 heures avez-vous de la diarrhée (au moins 3 selles molles) et/ou des vomissements ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Avez-vous eu une atteinte dermatologique (rougeurs)	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	

Date et SIGNATURE: