

HISTORIQUE MEDICAL

Mme Melle Mr Nom : Date de naissance :/...../.....

Prénom : Profession :

Nom de votre Médecin traitant :

A quand remonte votre dernier examen dentaire :

Etes-vous en bonne santé : Oui Non

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement : (Les réponses seront complétées lors de l'entretien avec le Dentiste).

- Antidépresseurs
- Asthme
- Maladie du sang
- Diabète
- Glaucome
- Hépatite A, B ou C
- Problèmes circulatoires
- Autres maladies :
- Maladie du foie
- Maladies cardiaques
- Séropositivité HIV
- Œdèmes (gonflements)
- Thyroïde
- Pertes de connaissance
- Ulcères à l'estomac
- Prothèses (autres que dentaires)
- Rhumatisme Articulaire Aigu
- Sinusites répétées
- Syncopes, vertiges
- Tumeur maligne
- Troubles des reins
- Problèmes nerveux

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident? Oui Non

Avez-vous subi un traitement par radiations ? Oui Non

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Oui Non

• Si oui, lesquels :

- Antibiotiques
- Anticoagulant
- Insuline
- Antihistaminique
- Traitement pour la tension artérielle
- Autres :
- Tranquillisant
- Cortisone

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Oui Non

• Si oui, lesquels :

- Anesthésique local chez le Dentiste
- Antibiotique
- Anti-inflammatoire ou aspirine
- Iode et produits dérivés
- Latex
- Neuroleptique ou somnifère
- Métal
- Barbituriques
- Codéine

Etes-vous fumeur ? Oui Non

• Si oui, nombre de cigarettes /jour :

Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ? Oui Non

• Accouchement prévu le :

• Prenez-vous actuellement la pilule ? Oui Non

• Prenez-vous un traitement contre l'ostéoporose ou une autre maladie osseuse ?
Oui Non

Si oui, quel type de médicaments prenez-vous ? Hormones Œstrogènes Biphosphonates (Fosamax, Fosavance, Adrovance, autre ...)

Si vous pensez 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, merci de le préciser ici :

.....
Le / /

Signature du patient (ou tuteur légal)

Signature du praticien