

Nom..... Prénom.....
 Date de naissance Sexe F M
 Représentant légal Email.....
 N° de Tél (Dom.): (Bur.)..... (Port.).....
 Adresse.....
 Code postal..... Ville
 Profession..... Vous avez connu le cabinet par.....

Motif de consultation:

QUESTIONNAIRE DENTAIRE

	Oui	Non		Oui	Non
. Douleurs dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	. Impression de mobilité dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Dents sensibles au froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	. Gencives qui saignent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Mauvaise haleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	. Impression de grincer des dent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE DE SANTE

. Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	. Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Troubles rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	. Troubles hormonaux, Pb de thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Troubles digestifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	. Troubles sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Troubles hépatiques <i>(si hépatite précisez A,B,C)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	. Etes-vous séropositif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Troubles nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	. Problèmes ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	. Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Troubles oculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	. Radiothérapie tête ou cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Troubles broncho-pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	. Problèmes osseux ou articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Troubles cutanés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	. Avez-vous déjà pris des bisphosphonates?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
. Autres maladies ?.....					
. Prenez-vous des médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels?.....		
.....					
. Fumez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Combien ?.....		
. Buvez-vous de l'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Combien ?.....		

FEMMES SEULEMENT :

. Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	. Allaitiez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------------

Date et Signature: