

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

**Nom :**

**Prénom :**

Date de naissance :

Date du dernier examen médical :

Poids :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant  
(généraliste) :

Quels médicaments prenez-vous actuellement ?

### Avez-vous des problèmes :

#### Cardio-vasculaires

- Angine de poitrine
- Infarctus du myocarde
- Maladies valvulaires
- Troubles du rythme
- Rhumatisme articulaire aigu
- Hypertension
- Autres

Nom et adresse de votre cardiologue

#### Hématologiques

- Date du dernier bilan sanguin :
- Saignez-vous facilement ?
- Faites-vous facilement des bleus ?
- Prenez-vous des médicaments pour fluidifier le sang ?  
→ Lesquels ?
- en cas d'anticoagulants (ex : Préviscan),  
veuillez nous préciser la date du dernier  
INR, ainsi que le résultat :

#### Rénaux

- Néphrite
- Insuffisance rénale

#### Allergiques

- Antibiotiques
- Anesthésiques
- Aspirine
- Autres

#### Osseux

- Prenez-vous des médicaments pour un traitement  
d'ostéoporose ou de maladie osseuse ?  
→ si oui : - par voie orale ?   
- par voie intraveineuse ?   
→ Quels médicaments ?
- Prenez-vous de la vitamine D ?
- Avez-vous des prothèses articulaires ?  
→ si oui : - Hanche ?   
- Genou ?
- Autres

#### Avez-vous du cholestérol LDL ?

- Supérieur à 1,4 g/L

#### Gastro-intestinaux

- Ulcère
- Hépatite Virale

#### Neurologiques

- Epilepsie
- Paralysies
- Etat dépressif

#### Endocriniens

- Troubles thyroïdiens
- Diabète non insulino dépendant
- Diabète insulino dépendant
- Autres

#### ORL

- Sinusites
- Autres

Autres : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de votre rhumatologue

## DIVERS

### **Avez-vous un souvenir :**

- D'anesthésies incomplètes lors de soins dentaires ?
- D'extractions difficiles ?
- De malaises lors d'interventions ?

### **Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?**

- Si oui, lesquelles et à quelle date ?

### **Devez-vous recevoir un traitement par irradiation ?**

- Avez-vous été traité par radiothérapie ?
- Si oui, à quelle date ?

### **Avez-vous subi un test de dépistage du SIDA ?**

- Si oui, à quelle date ?
- Ce test était-il positif ?

### **Avez-vous subi un test de dépistage de l'hépatite ?**

- Si oui, à quelle date ?
- Ce test était-il positif ?

### **Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?**

### **Donnez une évaluation de votre consommation d'alcool en 24 heures :**

### **Avez-vous suivi des régimes ?**

Si oui, à quelles fréquences ?

### **Etes-vous enceinte ?**

- Si oui, à quelle date est prévu l'accouchement ?
- Utilisez-vous un stérilet comme moyen contraceptif ?

**Questionnaire médical complété le :**

**Signature :**

## ANNEXE AU QUESTIONNAIRE MEDICAL COVID-19

Nom :

Prénom :

**Présentez-vous des symptômes tels que : fièvre, toux, difficultés respiratoires, perte d'odorat ou de goût, diarrhées, vomissements, ou êtes-vous actuellement positif au Covid-19 ?**

- OUI (si oui, il est préférable de reporter votre rendez-vous après au minimum 15 jours et disparition totale des symptômes)
- NON

**Avez-vous été en contact étroit avec une personne diagnostiquée positive au Covid-19 ou présentant des symptômes durant les 15 derniers jours ?**

- OUI
- NON

**ATTENTION ! Nous vous rappelons que la prise d'anti-inflammatoires est à éviter en période d'épidémie de Covid-19, sauf si elle fait partie d'un traitement quotidien en accord avec votre médecin traitant.**

Pour prendre connaissance du protocole de gestion des risques de contamination au Covid-19 mis en place au sein de notre cabinet, nous vous invitons à consulter les informations envoyées par mail et affichées dans nos locaux, ainsi que sur notre site internet ([www.selarl-docteurs-metz.chirurgiens-dentistes.fr](http://www.selarl-docteurs-metz.chirurgiens-dentistes.fr)).

En cas de question(s), n'hésitez pas à nous en faire part.

**Annexe complétée le :**

**Signature :**