

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Dr Guillaume REYS

rdvreys@gmail.com

Dr Clémence JULIEN

rdvdrjulien@gmail.com

2, place d'Armes 67600 SELESTAT

03 88 92 34 30

Afin de vous apporter la meilleure prise en charge, chaque première consultation post COVID-19 fait l'objet d'un questionnaire médical précis, consigné dans votre dossier. Si votre état de santé a changé, merci de le remplir à nouveau. Les réponses que vous fournirez seront l'objet d'une attention particulière permettant une évaluation précise de votre état de santé par votre chirurgien-dentiste, et si nécessaire une adaptation de son traitement et/ou prescriptions. Merci de prendre le temps de répondre à ce questionnaire concernant vos antécédents médicaux, chirurgicaux, traitements médicamenteux anciens ou récents, allergies.

Informations administratives

NOM	N° de Sécurité Sociale	
PRÉNOM	Date de naissance	
ADRESSE	VILLE	CODE POSTAL
PROFESSION :	TÉLÉPHONE PORTABLE :	
	TÉLÉPHONE FIXE :	
ADRESSE MAIL :	MUTUELLE :	
NOM DU MEDECIN TRAITANT :		
Êtes-vous adressé par un praticien ?	OUI	NON
	Nom du chirurgien-dentiste traitant :	
	Nom de l'orthodontiste :	
Date de la dernière consultation chez votre chirurgien-dentiste :		

Motifs de la consultation :

État de santé :

TAILLE : POIDS : TENSION ARTÉRIELLE :
Avez-vous été ou êtes-vous atteint d'une ou des affections suivantes ?

Diabète Urogénitale Neurologique Vasculaire Asthme Affection chronique Cardiaque
Pulmonaire Intestinale Rhumatisme articulaire aigu Hépatique / Vésiculaire Pathologies infectieuses
Gastro-duodénale Dépression Vertiges, pertes de connaissance ?

AUTRES INFORMATIONS

Êtes-vous sujet(e) aux hématomes ? OUI NON

Êtes-vous allergique ? OUI NON

Êtes-vous enceinte ? OUI NON Nombre de mois :

Avez-vous déjà été opéré(e) ? OUI NON de quoi ?

Traitement en cours :

AUCUN

Anti-inflammatoires Anti-douleurs Antibiotiques Anticoagulants Antidépresseurs
Anti-hypertenseurs Anti-diabétiques

Prenez-vous l'un des médicaments suivants :

Faites-vous l'objet d'une surveillance radiologique ou biologique ?

OUI
NON

Didronel	Clastoban	Lytos	Skelid
Aredia	Fosavance	Actonel	Bonviva
Bondronat	Zometa	Aclasta	XGEVA

Devez-vous bénéficier d'un traitement chirurgical prochainement ?

OUI
NON

Avez-vous une réaction particulière à la suite d'un traitement ? OUI NON

État dentaire :

Aujourd'hui, avez-vous : une gêne ? une douleur ? un problème esthétique ?

AUTRES INFORMATIONS

Avez-vous des difficultés à manger ? à dormir ? à parler ?

Avez-vous eu une réaction après une anesthésie locale ? OUI NON

Avez-vous l'impression que vos dents bougent ? OUI NON

Souffrez-vous des gencives ? OUI NON

Vos gencives saignent-elles lors du brossage ? OUI NON

Période COVID : Avez-vous eu les symptômes suivants ?

Perte de goût, d'odorat, fièvre, maux de tête, symptômes respiratoires, digestifs, neurologiques OUI NON

Avez-vous été en contact avec une personne diagnostiquée COVID ou présentant des symptômes ? OUI NON

Avez-vous été testé(e) positif ? OUI NON

Date :

Êtes-vous exposé(e) professionnellement au COVID ? OUI NON

Signature :

Je reconnais que les informations sont sincères et exactes