# QUESTIONNAIRE MEDICAL

**PRENOM, NOM : DATE DE NAISSANCE :**

**Ce questionnaire médical est extrêment important afin que votre chirurgien-dentiste puisse vous prendre en charge de manière sûre.** Veuillez répondre par oui ou non à toutes les questions suivantes. N’hésitez pas à requérir l’aide du praticien en cas de doute. Ce document est confidentiel.

## Pathologies cardiaques OUI NON

Antécédent d’endocardite infectieuse

Prothèse valvulaire, mécanique ou biologique

Cardiopathie congénitale cyanogène ou dérivation chirurgicale, opérée ou non

Insuffisance cardiaque

Angine de poitrine

Antécédent d’infarctus

Troubles du rythme

## Pathologies vasculaires

Hypertension artérielle

Phlébite

Syndrome de Raynaud

## Pathologies sanguines

Drépanocytose

Hémophilie

Thrombocytopénie (manque de plaquettes)

## Pathologies du système immunitaire

Immunodépression

## Maladies systémiques

Polyarthrite rhumatoïde

Lupus érythémateux disséminé

Syndrome de Gougerot-Sjogren

Maladie de Behçet

## Pathologies métaboliques

Diabète de type 1 ou de type 2, si oui, préciser si le diabète est équilibré

Hypothyroïdie, hyperthyroïdie ou thyroïdectomie

## Pathologies occulaires

Glaucome

## Pathologies rénales

Insuffisance rénale

## Pathologies digestives

Insuffisance hépatique

Reflux gastro-oesophagien

Ulcère gastro-duodénal, gastrite

## Pathologies respiratoires

Asthme

Insuffisance respiratoire

## Pathologies musculaires

Myasthénie

## Pathologies osseuses et articulaires

Ostéoporose

Portez-vous une prothèse articulaire depuis moins de 2 ans?

## Pathologies cerebrales

Antécédent d’AVC

Epilepsie

Maladie de Parkinson

Migraine

## Troubles psychiatriques

Anorexie mentale – boulimie

Anxiété

Dépression

Trouble psychotique

## Pathologies infectieuses

Herpès labial (bouton de fièvre)

Tuberculose pulmonaire

Virus du SIDA (VIH)

Virus de l’hépatite B (VHB)

Virus de l’hépatite C (VHC)

## Troubles allergiques

AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens)

Produits iodés

Latex

Pénicillines

Autre (hors allergies respiratoires et alimentaires) :

## Grossesse, allaitement

Allaitez-vous ?

Êtes-vous enceinte ou susceptible de l’être ?

## Consommation de substances addictives

Tabagisme (si oui, préciser la quantité)

Cannabis

Autre, précisez :

## Prise de médicaments sur le long terme

Anticoagulants

Antiagrégants plaquettaires

Corticoïdes

Méthotrexate

Traitement immunosuppresseur

Antidépresseur IMAO

Lithium

Chimiothérapie

Avez-vous subi une radiothérapie de la sphère oro-faciale ?

Avez-vous déjà pris des bisphosphonates au cours de votre vie (Aclasta, Actonel, Aredia, Bondronat, Bonefos, Bonviva, Clastoban, Didronel, Fosamax, Lytos, Osteodidronel, Ostepam, Pamidrin, Paminject, Skelid, Zometa) ? Si oui, veuillez préciser pendant combien de temps et sous quelle forme (orale ou injectable)

Autre, précisez :

## Autre

Précisez tout autre élément - non évoqué dans ce questionnaire - relatif à votre état de santé :

**Date :**

**Signature du patient Signature du praticien**

QM v1.2