

QUESTIONNAIRE MEDICAL

-ADULTE-

La connaissance précise du passé médical de notre patient nous est indispensable pour adapter notre conduite thérapeutique, aussi nous vous remercions de bien vouloir remplir ce document avec précision. **Ce questionnaire est strictement confidentiel.**

NOM et PRENOM :

Date de naissance : HOMME FEMME

Poids : Taille : Fréquence du brossage bucco-dentaire : X/ jour

Date approximative de la dernière visite médicale :

Nom du médecin traitant :

Présentez-vous un(e) ou des :
(si oui cochez et précisez)

- Pathologie chronique ou affection de longue durée
- Maladie héréditaire
- Problèmes de posture :

Onychophagie : oui - non

Bruxisme : oui - non

- Hypertension artérielle
- Troubles ostéo-articulaires
- Rhumatisme articulaire aigu
- Troubles neurologiques
- Epilepsie
- Pathologie cardiaque
- Pathologie rénale
- Troubles de la coagulation
- Troubles hormonaux
- Troubles alimentaires
- Diabète
- Maladie virale
- Pathologie pulmonaire
- Asthme

Etes-vous allergique ? Médicaments
Métaux
Latex
Pollens
Autres

Etes-vous sujet aux problèmes O.R.L. ?

- Rhumes
- Sinusites
- Angines
- Otites
- Ronflements nocturnes
- Difficultés respiratoires
- Autres

Avez-vous été opéré des amygdales végétations paracentèse

Avez-vous des nuits agitées Dormez-vous la bouche ouverte ? Bavez-vous ?
Pensez-vous avoir un sommeil réparateur ?

Avez-vous subi un :

- Traumatisme facial
- Traumatisme dentaire

Prenez-vous actuellement des médicaments ?

Si oui, lesquels et depuis combien de temps ?.....
.....
.....

Avez-vous d'autres problèmes à nous signaler ?.....
.....

En cas de suspicion de grossesse, merci de nous l'indiquer :

Nous attirons votre attention sur l'importance de nous informer de tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement.

Date :

Signature :