



180 Avenue de Grammont  
37000 - TOURS  
Tel. 02 34 37 46 94

Numéro de dossier

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Praticien :

NOM et Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Mutuelle : .....

Adresse mail : .....

Portable : ..... Tel : .....

Chirurgien-dentiste actuel : .....

Médecin traitant : .....

Date de la dernière consultation dentaire : ..... / ..... / .....

Antécédents médicaux

- Antécédents cardiaques                      Non                      Oui, lesquels : .....
- Antécédents d'allergie                      Non                      Oui, lesquelles : .....
- Antécédents respiratoires                      Non                      Oui, lesquels : .....
- Troubles rénaux                      Non                      Oui, lesquels : .....
- Diabète                      Non                      Oui                      équilibrée : Non                      Oui
- Etes-vous porteur d'une maladie infectieuse (VIH, MST, Hépatite)                      Non                      Oui
- Autres maladies ? Précisez : .....
- Prenez-vous des médicaments ?                      Non                      Oui, lesquels : .....
- Prenez-vous des anticoagulants ?                      Non                      Oui
- Etes-vous traité pour l'ostéoporose ? Non                      Oui, quel médicament ? .....
- Etes-vous enceinte ?                      Non                      Oui
- Etes-vous fumeur ?                      Non                      Oui

En ce moment, prenez-vous des médicaments ? .....

(Si vous avez votre ordonnance, merci de la donner au secrétariat)

Date :

Signature :