

INTERROGATOIRE MEDICAL

Nom :
Prénom :
Adresse :
Date de naissance :
N°tel :
Email :
Nom médecin traitant :

Cochez la case correspondante :

● **Avez-vous des problèmes cardiaques ?** oui non

Si oui lesquels :

> Vous avez subi une intervention chirurgicale avec mise en place d'un pace maker

Vous avez subi une intervention chirurgicale avec mise en place d'une valve

> Si autre, précisez :

● **Avez-vous de l'hypertension ?** oui non

● **Prenez-vous des anti-coagulants ?** oui non

● **Avez-vous un virus du type hépatite B, C ou HIV ?** oui non

● **Avez-vous suivi un traitement de radiothérapie ?** oui non

● **Avez-vous suivi un traitement de chimiothérapie ?** oui non

● **Avez-vous pris des biphosphonates
(médicaments utilisés contre l'ostéoporose et en cancérologie)** oui non

● **Avez-vous du diabète ?** oui non

Si oui : Votre diabète est-il équilibré ? oui non

● **Avez-vous de l'asthme ?** oui non

- Souffrez-vous de xérostomie (bouche sèche) ? oui non
- Avez-vous déjà eu un Herpès ? oui non
- Avez-vous fait des crises d'épilepsie ? oui non
- Fumez-vous ? oui non
Si oui : 1-10 cig/J 10-20cig/J +de 20cig/J
- Combien de fois par jour vous lavez-vous les dents ?
1fois 2fois 3fois et plus oui non
- Faites vous des allergies ? oui non
Si oui : A quels médicaments :
A quelles substances (latex, iode, anesthésie...) ? :
- Prenez vous des médicaments ? oui non
(Photocopie de vos ordonnances si + de 5 médicaments)

NOM MEDICAMENT	POSOLOGIE

- Avez-vous eu des problèmes de sinus ? oui non
- Avez vu eu un Rhumatisme Articulare Aigu ? oui non
- Avez-vous eu un Accident Vasculaire Cérébral ? oui non
- Avez-vous des problèmes d'estomac, des ulcères ? oui non
- Etes-vous ou pourriez vous être enceinte ? oui non
- Allaitiez-vous ? oui non

Ce questionnaire pourra être complété pendant la consultation.

Date : / /

Signature :