



# LE QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Pour éviter les interférences entre soins buccodentaires et traitements

## Première visite au cabinet

Indispensable avant toute prise en charge au cabinet dentaire, le questionnaire médical permet de mieux cerner les antécédents médicaux du patient. Ce questionnaire peut être rempli au domicile ou dans la salle d'attente.

Ensuite, chacun des points est à reprendre ensemble : praticien et patient, afin de s'assurer que n'a été oublié aucun trouble d'ordre général ou de traitement médicamenteux susceptibles d'interférer avec les soins dentaires. Si une pathologie générale est détectée, des examens complémentaires seront éventuellement prescrits selon la nature des actes à réaliser. Il peut s'avérer aussi indispensable d'agir en concertation avec le médecin traitant, par exemple pour les malades ayant subi un infarctus ou atteints d'insuffisance ventriculaire, pulmonaire ou rénale, etc.

Ce questionnaire médical, daté et signé par le patient, intégrera ensuite le dossier médical.

## Par la suite

A chaque nouvelle série de soins, le questionnaire médical doit être réactualisé.

# QUESTIONNAIRE

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ kg

Profession : \_\_\_\_\_

Date de la première consultation : \_\_\_\_\_

Adressé par : \_\_\_\_\_

Date du dernier contrôle dentaire : \_\_\_\_\_

1 • Quel est le motif de la consultation ?

Une douleur OUI  NON

Un contrôle OUI  NON

2 • Etes-vous en bonne santé ? OUI  NON

3 • Etes-vous suivie(e) par un médecin ?

OUI  NON

Si oui, pour quel motif ? \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Nom du spécialiste (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

4. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ? OUI  NON

Si oui, pour quel motif ? \_\_\_\_\_

Quand ? \_\_\_\_\_

# QUESTIONNAIRE

5 • Avez-vous été traité(e) par radiothérapie?

OUI  NON

Si oui, pour quel motif ? \_\_\_\_\_

Quand ? \_\_\_\_\_

6 • Prenez-vous des médicaments ? OUI  NON

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

7 • Avez-vous pris des antibiotiques durant les 4 dernières semaines ? OUI  NON

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

8 • Avez-vous pris des anti-inflammatoires durant les 4 dernières semaines ? OUI  NON

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

9 • Avez-vous pris des antidépresseurs durant les 4 dernières semaines ? OUI  NON

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

(IMAO non sélectif : Marsilic  
IMAO sélectif : Humoryl - Moclamine)

10 • Avez-vous eu un traitement par hormones de croissance ? OUI  NON

11 • Etes-vous allergique à des antibiotiques ou à certaines substances ? OUI  NON

12 • Etes-vous fumeur ? OUI  NON   
Si oui, combien de cigarettes fumez-vous par jour ? \_\_\_\_\_

13 • Avez-vous ou avez-vous eu une de ces maladies ?

Maladie du sang OUI  NON

Maladie du foie OUI  NON

Hépatite B ou C OUI  NON

Maladie cardiovasculaire OUI  NON

Maladie de la peau OUI  NON

Maladie de l'estomac ou de l'intestin OUI  NON

Maladie des reins OUI  NON

Epilepsie OUI  NON

Rhumatismes (RAA) OUI  NON

Diabète OUI  NON

Maladie de la glande thyroïde OUI  NON

Maladie des poumons OUI  NON

Asthme OUI  NON

Cancer OUI  NON

Maladie des yeux OUI  NON

Maladie du nez/gorge/oreilles OUI  NON

Déficit immunitaire (VIH) OUI  NON

14 • Avez-vous eu une greffe de Dure-mère ou de cornée ? OUI  NON

15 • Votre tension est-elle trop élevée ? OUI  NON

Votre tension est-elle trop basse ? OUI  NON

16 • Avez-vous déjà eu des pertes de connaissance ? OUI  NON

17 • Etes-vous sujet à des vertiges ? OUI  NON

18 • Etes-vous sujet à des nausées ? OUI  NON

19 • Avez-vous déjà eu une anesthésie locale ? OUI  NON

Si oui, cela vous a-t-il provoqué une réaction anormale ?  
Laquelle ? \_\_\_\_\_

20 • Avez-vous déjà eu un saignement prolongé, par exemple après une extraction dentaire ? OUI  NON

21 • Etes-vous sujet aux ecchymoses ? OUI  NON

22 • Etes-vous enceinte ? OUI  NON   
Si oui, depuis combien de temps ? \_\_\_\_\_

23 • Avez-vous d'autres informations médicales à communiquer ? OUI  NON   
Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

Date :

Signature du patient :

## → Le questionnaire médical de suivi

Le questionnaire médical doit être réactualisé à chaque nouvelle série de soins.

Depuis votre dernière consultation dans ce cabinet, votre état de santé a-t-il changé ?

OUI  NON

Si oui, merci de bien vouloir remplir un nouveau questionnaire.

Date :

Signature :