

QUESTIONNAIRE MÉDICAL PATIENT

À REMPLIR AVANT LA VENUE EN CONSULTATION

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : ☐ H ☐ F

Adresse :

Téléphone : Mail :

ÉTAT DE SANTÉ

Cardiologie

- ☐ Hypertension
- ☐ Infarctus
- ☐ Angine de poitrine
- ☐ Insuffisance cardiaque
- ☐ Trouble du rythme
- ☐ Pacemaker
- ☐ Endocardite
- ☐ Valve cardiaque
- ☐ Cardiopathie congénitale
- ☐ Défibrillateur

Pneumologie

- ☐ Asthme
- ☐ BPCO
- ☐ Apnée du sommeil

Neurologie

- ☐ AVC (si cette case est cochée veuillez svp renseigner la date :)
- ☐ Épilepsie
- ☐ Parkinson
- ☐ Alzheimer
- ☐ Sclérose en plaques

Endocrinologie

- ☐ Diabète
- ☐ Problème de thyroïde

Hématologie

- ☐ Anémie
- ☐ Trouble de coagulation
- ☐ Hémophilie
- ☐ Thrombose
- ☐ Embolie pulmonaire

Rhumatologie

- ☐ Polyarthrite
- ☐ Lupus
- ☐ Spondylarthrite
- ☐ Ostéoporose

Néphrologie

- ☐ Insuffisance rénale
- ☐ Dialyse
- ☐ Greffe rénale

Hépatologie

- ☐ Hépatite B
- ☐ Hépatite C
- ☐ Cirrhose

Infectiologie

- ☐ VIH
- ☐ Tuberculose
- ☐ Autre maladie infectieuse

Oncologie

- ☐ Cancer
- Année :
- Traitements (médicaments) :

Avez-vous eu de la radiothérapie tête-cou ?

Allergie

- ☐ Non
- Oui, lesquelles ?

Grossesse et allaitement

- ☐ Non
- ☐ Oui, je suis enceinte.
Nombre de semaines ?
- ☐ J'allait

MÉDICAMENTS

Merci de vous munir de votre ordonnance
afin que nous connaissions l'intégralité des traitements en cours.

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

INTERVENTION	OUI	NON	COMPLICATION
Anesthésie locale			
Anesthésie générale			
Extraction			
Chirurgie orale			
Implant			
Grefte osseuse			
Élévation du sinus (Sinus lift)			

MODE DE VIE

Tabac ou cigarette électronique

☐ Jamais

☐ Ancien fumeur

☐ Oui :

Nombre de cigarettes/jour :

Depuis combien d'années :

Drogues

☐ Cannabis

☐ Cocaïne

☐ Kétamine

☐ Amphétamine

☐ Autres :

Alcool

☐ Jamais

☐ Occasionnel

☐ Quotidien

Hygiène bucco-dentaire

Nombre de brossages/jour :

☐ Fil dentaire

☐ Brossettes

☐ Bain de bouche

Dernière visite chez un dentiste :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES À NOUS SIGNALER ?

.....
.....

JE CONFIRME :

☐ que les informations communiquées sont exactes.

☐ m'engager à signaler toute modification de mon état de santé.

☐ avoir pris connaissance des dispositions RGPD*

Date :

Signature :

**Conformément aux dispositions du RGPD et de la Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée, toute personne dispose d'un droit d'accès, à l'effacement, d'opposition, de rectification sur les traitements de données la concernant. Pour une information plus complète concernant ces droits, contacter le délégué à la protection des données de l'établissement : dpo@ght40.fr*

