

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS.

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville : Profession :

Tél pers.: Portable : Tél prof. :

Email :

N° SS :

Merci de compléter ces renseignements médicaux avec la plus grande attention et le plus précisément possible. En effet, il faut savoir que votre état de santé (actuel et ancien) peut présenter des réactions spécifiques avec les soins et les traitements qui vont être entrepris.

Votre dentiste :

Date de votre dernière visite chez votre médecin généraliste:

Etes-vous actuellement suivi(e) (médecin, hôpital) : oui non Si oui, pourquoi :

Nom du médecin :

Prenez-vous des médicaments : oui non

Si oui, lesquels :

Avez-vous déjà eu des allergies : oui non

Si oui, à quel(s) produit(s) :

Avez-vous été récemment hospitalisé(e) : oui non

Si oui, pourquoi :

Connaissez-vous votre tension artérielle : oui valeurs ? non

Est-ce que vous fumez et combien / j ? oui non

Avez-vous eu des complications à la suite d'anesthésies locales ou au cours de soins dentaires : oui non

Si oui, lesquelles :

Avez-vous eu des saignements prolongés à la suite d'interventions chirurgicales, d'extractions dentaires ou de blessures : oui non

Si oui, depuis combien de temps :

Avez-vous, ou avez-vous eu une plusieurs affections ou traitements de la liste suivante :

- hypertension artérielle - asthme - ulcère - cancer
- angine de poitrine - insuffisance respiratoire - maladie du foie - ostéoporose
- infarctus du myocarde - bronchite chronique - diabète - apnée du sommeil
- insuffisance cardiaque - tuberculose - maladie de la thyroïde
- affection valvulaire - hémorragie - insuffisance rénale
- malformation cardiaque - maladie du sang - dialyse
- troubles du rythme - transfusion - régime particulier
- endocardite - épilepsie ou convulsions - traitement par irradiations
- troubles circulatoires - crises de tétanie - chimiothérapie
- chirurgie cardiaque - perte de connaissance - corticothérapie
- pacemaker - accident vasculaire cérébral - sérologie HIV positive
- rhumatisme articulaire aigu - dépression - pathologie oculaire
- infection grave - troubles psychiatriques - pathologie ORL
- autres maladies ou traitements ne figurant pas dans la liste ci-dessus :

Pour les femmes, êtes-vous enceinte ou supposez-vous être enceinte : oui non

Si oui, date prévue de l'accouchement:

J'atteste l'exactitude de ces documents et n'avoir rien caché. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Date : Signature :