

BILAN DE SANTE

Ce questionnaire est **strictement confidentiel**, merci de le remplir correctement

Je m'engage à signaler tout changement de mon traitement médical et de mon état général

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Portable : _____ Tél. Domicile : _____ Profession : _____

E-mail (en Majuscules) : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Médecin généraliste : _____ Adressé par : _____

Motif de consultation :

- Urgence
- Bilan - Contrôle/Détartrage
- Implant
- Autre : _____

Lors de soins dentaires, avez-vous :

- Des pertes de connaissance
- Réflexe nauséux
- Saignement prolongé
- Réaction anormale à l'anesthésie

Fumez-vous ?

- Oui, Précisez la consommation :
..... / jour / semaine / mois
- Vapotage
- A arrêté, depuis _____ Non

Suivez-vous un traitement ?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antibiotique | <input type="checkbox"/> Anti-hypertenseur | <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Transfusion |
| <input type="checkbox"/> Anticholestérol | <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire | <input type="checkbox"/> Greffe | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulant | <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Pacemaker | _____ |
| <input type="checkbox"/> Antidiabétique | <input type="checkbox"/> Anxiolytique | <input type="checkbox"/> Prothèse orthopédique | _____ |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseur | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Radiothérapie | |

Avez-vous été ou êtes-vous atteint(e) d'une des affections suivantes ?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Hépatite B/ Hépatite C | <input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Herpès | <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> HIV, Sida | <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Crise de tétanie | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Œdème |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde | <input type="checkbox"/> Ostéoporose |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> Sinusite répétées |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique | <input type="checkbox"/> Troubles circulatoires |
| <input type="checkbox"/> Hémorragie | <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire | <input type="checkbox"/> Vertiges / troubles de l'équilibre |

Etes-vous allergique ?

- Iode Aspirine Codéine Latex Ibuprofène Anesthésie locaux
- Résines Métaux ➔ Précisez : _____
- Antibiotiques ➔ Précisez : _____
- Alimentaires ➔ Précisez : _____

Pour les femmes

- Etes-vous ou supposez-vous être enceinte ? Non Oui Date prévue de l'accouchement : _____
Allaitiez-vous ? Non Oui Moyen de contraception : _____

Fait à Cabestany, le
Signature