

## RENSEIGNEMENTS

Mme  Mlle  Mr  Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

## HISTORIQUE MEDICAL

Nom de votre médecin traitant : \_\_\_\_\_

A quand remonte votre dernier examen médical : \_\_\_\_\_ (chez un médecin généraliste)

Avez-vous connu des changements dans votre état de santé depuis un an ? Oui  non

Cocher chacun(e) des maladies, des problèmes que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement :  
(réponses complétées lors de l'entretien avec le dentiste)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Antidépresseurs                 | <input type="radio"/> Maladie du foie         | <input type="radio"/> Prothèses (autres que dentaires) |
| <input type="radio"/> Asthme                          | <input type="radio"/> Maladies cardiaques     | <input type="radio"/> Rhumatisme articulaires aigu     |
| <input type="radio"/> Chirurgie esthétique            | <input type="radio"/> Maladie du sang         | <input type="radio"/> Sinusites répétées               |
| <input type="radio"/> Désordres hormonaux             | <input type="radio"/> Maladies vénériennes    | <input type="radio"/> Syncopes, vertiges               |
| <input type="radio"/> Diabète                         | <input type="radio"/> Oedèmes (gonflements)   | <input type="radio"/> Thyroïde                         |
| <input type="radio"/> Glaucome                        | <input type="radio"/> Pacemaker               | <input type="radio"/> Troubles des reins               |
| <input type="radio"/> Hépatite A, B ou C              | <input type="radio"/> Pertes de connaissance  | <input type="radio"/> Tumeur maligne                   |
| <input type="radio"/> Lésions cardiaques congénitales | <input type="radio"/> Problèmes circulatoires | <input type="radio"/> Autres maladies : _____          |
| <input type="radio"/> Ulcères à l'estomac             | <input type="radio"/> Problèmes nerveux       |  |

Avez-vous effectués les tests suivant :  Séropositivité HIV si oui :  positif ou  négatif  
 Hépatite B HBV si oui :  positif ou  négatif

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident ?  oui  non

Avez-vous subi un traitement par radiations ?  oui  non

Prenez-vous des médicaments en ce moment ?  oui  non

Si oui, lesquels :  Antibiotiques  Antistaminique  Tranquillisants  Aspirine  Insuline  Cortisone  
 Traitement tension artérielle  Autres : \_\_\_\_\_

Etes-vous allergique à certains produits ou médicaments ?  oui  non

Si oui, lesquels :  Anesthésique local chez le dentiste  Iode et produits dérivés  Métal  Antibiotique  Latex  Barbituriques  Anti-inflammatoire ou aspirine  Neuroleptique ou somnifère  Codéine  
Autres : \_\_\_\_\_

Etes-vous fumeur ? Non  Oui  si oui, nombres de cigarettes par jour : \_\_\_\_\_

Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ?  Oui  Non Si oui, de combien de mois : \_\_\_\_\_

Prenez-vous actuellement la pilule ?  Oui  Non

Etes-vous ménopausée ?  Oui  Non

Fait à Cabestany, le

Signature