

# QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM.....PRENOM.....N°SS.....  
ADRESSE.....VILLE.....  
Tél privé .....Tél prof.....  
E-mail.....  
DATE DE NAISSANCE.....PROFESSION.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT.....DATE DE LA DERNIERE VISITE.....  
PRENEZ-VOUS DES MEDICAMENTS ? SI OUI LESQUELS.....  
DEPUIS QUAND.....POURQUOI.....

FAVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLEMES DE SANTE ?.....  
FAVEZ-VOUS SUBI UNE INTERVENTION ? OUI  NON

**SOUFFREZ-VOUS DE TROUBLES** OUI  NON

INFECTIEUX   
TRANSMISSIBLES   
MALADIE DE LONGUE DUREE

**TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES** OUI  NON

HYPERTENSION   
ANGINE DE POITRINE   
INFARCTUS   
DOULEURS THORACIQUES   
SOUFFLE CARDIAQUE   
MALFORMATION OPEREE OU NON   
AUTRES.....

**TROUBLES RESPIRATOIRES** OUI  NON

LESQUELS.....

**TROUBLES NEUROLOGIQUES** OUI  NON

PERTES DE CONNAISSANCE   
SPASMOPHILIE   
ANXIETE   
DEPRESSION   
AUTRES.....

**TROUBLES SANGUINS** OUI  NON

TROUBLES DE LA COAGULATION   
AUTRES.....

**IRRADIATION** OUI  NON

**ETES-VOUS ALLERGIQUE** OUI  NON

AUX ANTIBIOTIQUES   
AUX ANESTHESIQUES   
AUTRES.....

**TROUBLES DIGESTIFS** OUI  NON

HEPATITE   
ULCERE   
AUTRES.....

**TROUBLES ORL** OUI  NON

LESQUELS.....

**AUTRES PATHOLOGIES** OUI  NON

RENALES   
GLANDULAIRES   
OCULAIRES   
IMMUNOLOGIQUES   
THYROIDIENNES   
AUTRES.....

**EN CAS DE GROSSESSE**

NOMBRE DE MOIS.....

SUIVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS SUIVI UN TRAITEMENT POUR OSTEOPOROSE OU MALADIE OSSEUSE ? OUI  NON

AVEZ-VOUS EU UN PROBLEME LORS DE SOINS DENTAIRE PRECEDENTS ? OUI  NON

SI OUI,  
LESQUELS.....  
.....

AUTRES INFORMATIONS.....

**DATE ET SIGNATURE DU PATIENT**