

NOM	ADRESSE/
PRENOM	CODE POSTAL VILLE/
DATE NAISSANCE /	TELEPHONE PORTABLE/

e mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

**INFORMATION MEDICALE**

**oui      non**

Fumez-vous?

Avez-vous eu un problème de santé cette année?   si oui lequel ?

**Prenez vous quotidiennement des médicaments ?**

Nom commercial des médicaments : \_\_\_\_\_

**AVEZ-VOUS DES PROBLEMES DE SANTE ? Cardiaque/ Digestif/ Vasculaire/ Dépression / Pulmonaire/ Epilepsie/ Renal / Cancer / Diabète/ VIH / Hépatique / Herpès / Sanguin / Thyroïde / Autre**

Si oui précisez : \_\_\_\_\_

**AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT UNE ALLERGIE ?**

Nom commercial des médicaments : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été hospitalisé ?

Pour quel type de maladie: \_\_\_\_\_

**Avez-vous subi un traitement de radiothérapie ?**

Avez-vous déjà eu un malaise dans un cabinet dentaire?

Dans quelles circonstances?: \_\_\_\_\_

Madame, êtes vous enceinte?

**Avez- vous suivi un traitement contre l'osteoporose?**

Commentaires eventuels: \_\_\_\_\_

" Je certifie que les informations fournies au chirurgien dentiste sont complètes et m'engage à lui signaler toute modification de mon état de santé par la suite " DATE ET SIGNATURE DU PATIENT