



Union des Mutuelles de Corse Santé



QUESTIONNAIRE MEDICAL

N° d'identification :
DOC-PECDENT-DIP-01-2

N° de page : 1 sur 1

Date d'application :
06/02/2012

Document confidentiel à remettre à votre praticien

Date : / /

Nom patient : Prénom :

Né(e) le : Si enfant (poids) :

Adresse :

Nom praticien :

Nom médecin traitant :

RAISON DE LA VISITE

- | | | |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bilan, contrôle : | <input type="checkbox"/> Dents, gencives sensibles | <input type="checkbox"/> Prothèse dentaire |
| <input type="checkbox"/> Informations : | <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Plombage brisé |
| <input type="checkbox"/> Détartrage : | <input type="checkbox"/> Dent fracturée | <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> Extraction | <input type="checkbox"/> Caries | |

AVEZ-VOUS DES PROBLEMES DE SANTE (SI OUI, PRECISEZ LESQUELS) ?

.....
.....
.....

Suivi médical	Oui	Non	Anesthésie	Oui	Non
Etes-vous actuellement suivi par un médecin (si oui nom) ? :			Avez-vous déjà eu des anesthésies ? Si oui (cochez la case): <input type="checkbox"/> locale / <input type="checkbox"/> dentaire / <input type="checkbox"/> générale		
Prenez-vous actuellement des médicaments (si oui, lesquels) ? :			Si oui, vos anesthésies se sont-elles bien déroulées ?		

Etes-vous atteint(e) de ? :	Oui	Non	Etes-vous atteint(e) de :	Oui	Non
Troubles cardiaques (suite infarctus)			Hémophilie		
Troubles cardiaques (autres)			Herpès		
Troubles vasculaires sanguins			Diabète		
Troubles rénaux			Cancer		
Troubles hormonaux			Troubles cutanés		
Troubles digestifs			HIV		
Troubles hépatiques			Hypertension		
Troubles nerveux			Mononucléose CMV		
Troubles oculaires			Zona (localisation) :		
Troubles pulmonaires			Allergies - si oui précisez :		
Hépatite - si oui, précisez le type:					
Ostéoporose - si oui, quel traitement? :					

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

Grossesse	Oui	Non	Tabac	Oui	Non
Etes-vous enceinte ?			Etes-vous fumeur ?		
si oui, de combien de mois ? :			Si oui, votre consommation ?		
si oui, allaitez-vous ? :			Si vous avez arrêté, depuis combien de temps ?		

Signature patient :

Signature praticien :