



Docteur
Raphaël Boudas

Chirurgien-Dentiste
D.U Esthétique du sourire

QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM :

PRENOM :

**Avez-vous été traité(e) ou êtes vous en traitement pour l'une des maladies suivantes :
(Cochez la ou les cases correspondantes)**

Ⓞ **Pathologie cardio-vasculaire :**

Hypertension artérielle Valvulopathies Angine de poitrine

Infarctus du myocarde (si oui, quand.....)

Ⓞ **Pneumologie :**

Insuffisance respiratoire Asthme Autres pneumopathies (BPCO...)

Ⓞ **Hématologie :**

Maladie à risque hémorragique (Maladie de Willebrand, hémophilie, Thrombasthénie de Glanzmann...)

Troubles de l'hémostase Médication à risque hémorragique (Anti-agrégants plaquettaire type Aspirine, Kardégic®, Plavix®...)

Anti-coagulants (anti-vit. K : Préviscan® ; Héparine)

Ⓞ **Endocrinologie :**

Diabète insulino-dépendant (type I) Diabète non insulino-dépendant

Diabète équilibré : oui / non Désordres thyroïdien, surrénalien...

Ⓞ **Immunologie :**

Maladie auto-immunes Immunodépression

Ⓞ **Néphrologie / urologie :**

Insuffisance rénale Dialyse Greffe

Ⓞ **Maladies infectieuses graves :**

Bactériennes Parasitaire (paludisme) VIH/SIDA Hépatite B Hépatite C

Ⓞ **Gastro-hépto-entérologie :**

Ulcère gastro-duodéal Pathologie intestinale

Ⓞ **Gynécologie :**

Grossesse Allaitement Contraception (orale / stérilet)

Ⓞ **Neurologie / Psychiatrie :**

Accident Vasculaire Cérébral Epilepsie Malaises vagues

Traitement antidépresseurs

Antécédents psychiatriques

Ⓞ **Nutrition / mode de vie :**

Régime alimentaire Tabac Nbre/Jour et depuis combien de temps.....

Alcool

Toxicomanie (drogues)

Piercing en bouche

Ⓞ **Allergologie :**

Allergie médicamenteuse, si oui lesquels.....

Allergie au latex

Réaction aux anesthésies locales, si oui précisez.....

Ⓞ **Cancérologie :**

Cancers, si oui lequel ou lesquels.....

Radiothérapie

Chimiothérapie

Bisphosphonate (chimio / ostéoporose)

Ⓞ **Autres maladies non citées :**

Ⓞ **Antécédents chirurgicaux :**

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? Si oui, quand ?.....

Quels types d'interventions ?.....

Sous anesthésie générale ou locale ?.....

Ⓞ **Prenez vous des médicaments ? Si oui lesquels ?**.....

Date :

Signature :