

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Adresse email :

Numéro de téléphone :

Nom de votre Médecin traitant :

Profession :

Nom de l'employeur :

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement : (les réponses seront complétées lors de l'entretien avec le Dentiste).

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Problèmes nerveux | ☐ Maladie du foie | ☐ Prothèses autres que dentaires |
| ☐ Asthme | ☐ Maladies cardiaques | ☐ Rhumatisme Articulaire Aigu |
| ☐ Chirurgie esthétique | ☐ Maladies du sang | ☐ Séropositivité HIV |
| ☐ Désordres hormonaux | ☐ Sinusites à répétition | ☐ Diabète |
| ☐ Œdèmes (gonflements) | ☐ Syncopes, Vertiges | ☐ Glaucome |
| ☐ Pacemaker | ☐ Problèmes de Thyroïde | ☐ Hépatite A, B ou C |
| ☐ Pertes de connaissance | ☐ Trouble des Reins | ☐ Lésions Cardiaques congénitales |
| ☐ Problèmes circulatoires | ☐ Tumeur maligne | ☐ Ulcères à l'estomac |
| | ☐ Autres maladies..... | |

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 | ☐ Antihistaminiques | ☐ Tranquillisants |
| ☐ Aspirine | ☐ Cortisone | ☐ Avastin |
| ☐ Insuline | ☐ Traitements pour la tension artérielle | |
| ☐ Anticoagulants/fluidifiants sanguins (Eliquis, Xarelto, Previscan, Kardegic, Duoplavin...) | | |
| ☐ Béta-bloquants (Avlocardyl, Ténormine, Témérit...) | | |
| ☐ Antidépresseurs | | |

☐ **Prenez-vous un traitement contre l'ostéoporose à base de Biphosphonates** ☐ oui ☐ non

(Didrone, Clabostan, Lytos, Skelid, Aredia, Fosamax, Fosavance, Actonel, Bonviva, Bondranat, Zometa, Aclata) ?

Etes-vous allergique à certains médicaments ? ☐ oui ☐ non

- Si oui, lesquels ?

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| ☐ Antibiotiques | ☐ Iode et produits dérivés | ☐ Latex |
| ☐ Métal | ☐ Anti-inflammatoires | ☐ Aspirine |
| ☐ Codéine | ☐ Anesthésiques chez le dentiste | |
| ☐ Neuroleptiques ou somnifères | ☐ Autres..... | |

Pensez-vous avoir toute autre maladie ou tout autre problème non cité dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions ? ☐ oui ☐ non

- Si oui, lesquels ?

Etes-vous fumeur ? ☐ oui ☐ non

- Si oui, nombre de cigarettes par jour ?

Madame,

- **Etes-vous enceinte ?** ☐ oui ☐ non

Si oui, de combien de mois ?

- Prenez-vous la pilule ?

- Subissez-vous actuellement des violences dans votre vie ?

(Au travail, à la maison, dans votre enfance.....)

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Haguenau, le __ / __ / __

SIGNATURE :