

# SELARL du DOCTEUR PATRICK MANGEZ

## CHIRURGIENS DENTISTES

Nom : ..... Prénom : .....

Clamart, le : .....

Adresse mail :

### QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Par qui êtes vous adressé au cabinet ? .....

Quel est l'objet de votre consultation ? .....

.....

	OUI	NON	JE NE SAIS PAS
Etes-vous en bonne santé ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous en traitement actuellement ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des médicaments ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels ?			

Avez-vous subi une opération nécessitant une hospitalisation ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été gravement malade depuis 5 ans ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous maigri d'une manière importante ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quand vous vous blessez, mettez-vous longtemps à cicatriser ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une hépatite ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous subi un traitement par radiation ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous cardiaque ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faites-vous de la température sans qu'on en décèle les causes ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous diabétique ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivez-vous un régime ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous allergique à un médicament ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lequel ?			

Avez-vous un ulcère à l'estomac ou une gastrite ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentez-vous des maladies du sang ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date de votre dernier examen sanguin .....			
Fumez vous ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien de cigarettes par jour : .....			
Souffrez-vous de douleur au niveau de la tête et du cou ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de désordres hormonaux ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous la pilule ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous un stérilet ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous enceinte ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un médecin traitant ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, son nom :			

DATE

SIGNATURE