

Mme Mlle Mr **NOM** : **Prénom** :
Date de naissance :/...../..... N° de Sécurité Sociale : __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __
Numéros de téléphone - Fixe: Portable :
Adresse :
Adresse mail :@..... Profession :
NOM de votre Dentiste traitant :

HISTORIQUE MÉDICAL

NOM de votre Médecin traitant :
A quand remonte votre dernier examen médical :
Avez-vous connu des changements dans votre état de santé depuis un an ? Oui Non

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 revues avec le Dr DEVISSE.

- | | | |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs | <input type="checkbox"/> Maladie du foie | <input type="checkbox"/> Prothèses (autres que dentaires) |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Rhumatisme Articulaire Aigu |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique | <input type="checkbox"/> Maladie du sang | <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV |
| <input type="checkbox"/> Désordres hormonaux | <input type="checkbox"/> Maladies vénériennes | <input type="checkbox"/> Sinusites répétées |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Œdèmes (gonflements) | <input type="checkbox"/> Syncopes, vertiges |
| <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C | <input type="checkbox"/> Pertes de connaissance | <input type="checkbox"/> Troubles des reins |
| <input type="checkbox"/> Lésions cardiaques congénitales | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires | <input type="checkbox"/> Tumeur maligne |
| <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac | <input type="checkbox"/> Problèmes nerveux | <input type="checkbox"/> 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 :

Merci de nous fournir un double de votre/vos ordonnance(s).

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Oui Non

• Si oui, lesquels :

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anesthésique local chez le Dentiste | <input type="checkbox"/> Iode et produits dérivés | <input type="checkbox"/> Métal |
| <input type="checkbox"/> Antibiotique | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Barbituriques |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire ou aspirine | <input type="checkbox"/> Neuroleptique ou somnifère | <input type="checkbox"/> Codéine |

Êtes-vous fumeur ? Oui Non

• Si oui, nombre de cigarettes /jour :

Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ? Oui Non

• Si oui, de combien de mois :

• Prenez-vous actuellement la pilule ? Oui Non

• Prenez-vous un traitement contre l'ostéoporose ou une autre maladie osseuse ?
Oui Non

Si oui, quel type de médicaments prenez-vous ? Hormones Œstrogènes Biphosphonates

Si vous pensez avoir toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions, merci de le préciser ici :

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.

Date et signature :

Révisé le :

CABINET DE CHIRURGIE ORALE ET D'IMPLANTOLOGIE

35 ZI de l'Europe 59310 Orchies

cabinet.drdevisse@gmail.com



CHIRURGIE ORALE
& IMPLANTOLOGIE