FICHE D'ANAMNÈSE

Questionnaire médical

Il existe des interactions médicamenteuses. Afin de vous éviter tout risque d'accidents médicaux, nous vous remercions par avance de votre bonne coopération pour le questionnaire médical suivant qui est strictement confidentiel.

NOM : ……..…..…..... Prénom : ……..…… Né(e) le : ..… / …... / …….

Adresse :.....

N° de tél. mobile : …… Adresse e-mail : ……

Profession : .....

Avez-vous une mutuelle ? Oui ☐ Non ☐

Adressé(e) par : ……..…….. Médecin traitant : ……..……

Quel est le motif de votre consultation ? .....

Renseignements d'ordre général

- Poids : …… Taille : …… Groupe sanguin : ……. Tension artérielle : …..……..…
- Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous déjà eu une maladie importante ? .....
- Avez-vous déjà été soigné(e) pour le cœur ? Oui ☐ Non ☐

  - tachycardie : …….. - arythmie : ……..
  - angine de poitrine : ……..... - infarctus : …...……..
- Avez-vous été soigné(e) pour hypertension artérielle : Oui ☐ Non ☐

  pour hypotension artérielle : Oui ☐ Non ☐

  Si oui, quel traitement ? .....
- Êtes-vous porteur d'une pile cardiaque ? Oui ☐ Non ☐
- Êtes-vous porteur d'une prothèse (valve, articulation) ? Oui ☐ Non ☐
- Votre médecin vous a-t-il demandé de prendre un antibiotique avant chaque soin dentaire ? Oui ☐ Non ☐
- Êtes-vous sujet à des vertiges, pertes de connaissance ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous eu une maladie rénale ou urinaire ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous eu une hépatite ? Oui ☐ Non ☐
- Êtes-vous porteur du virus HIV ? Oui ☐ Non ☐
- Saignez-vous anormalement, lors de petits traumatismes ? Oui ☐ Non ☐
- Êtes-vous diabétique (type 1 ou type 2) ? Oui ☐ Non ☐

- Y a-t-il eu des antécédents de diabète dans votre famille ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous été soigné(e) pour des troubles neurologiques (convulsions, épilepsie, accident vasculaire cérébral…) Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous eu des problèmes digestifs ou gastriques ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous été soigné(e) pour un glaucome ou une hypertension des yeux ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous eu une pathologie psychiatrique ou neurologique nécessitant la prise de médicaments ? Oui ☐ Non ☐
- Êtes-vous allergique (allergie cutanée, au latex, respiratoire) Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous déjà été opéré(e) ? Oui ☐ Non ☐

  Si oui, quelles interventions et à quelles dates ? .....

  .....

- Fumez-vous ? Oui ☐ Non ☐

  Si oui, combien de cigarettes par jour ? .....
- Êtes-vous un ancien fumeur ? Oui ☐ Non ☐

  Si oui, date d'arrêt ? ..... Ancienne consommation ? .....

Traitement en cours

Anti-inflammatoire	☐	Antidouleur	☐	Aspirine	☐
Hormones	☐				
Anticoagulant	☐	Antibiotique	☐	Antidépresseur	☐
Contraceptifs oraux	☐	Antihypertenseur	☐	Antidiabétique	☐

Merci de préciser le nom des médicaments que vous prenez régulièrement :

Nom des médicaments	Dosage	Pris depuis

- Suivez-vous un traitement contre l'ostéoporose ? Oui ☐ Non ☐

- Suivez-vous un traitement de prévention des risques de fractures à base de comprimé ou injection annuelle (type Bonviva®, Actonel®, Fosamax®, Xgeva®, Dénosumab®) Oui ☐ Non ☐

.....

- Avez-vous déjà eu une réaction particulière à un traitement ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous reçu un traitement à la cortisone ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous déjà eu une anesthésie locale et l'avez-vous bien supportée ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous déjà eu une anesthésie générale et l'avez-vous bien supportée ? Oui ☐ Non ☐
- Y a-t-il eu des complications liées à l'anesthésie ? Oui ☐ Non ☐
- Remarques particulières : .....

.....

État dentaire et parodontal

- Nom du chirurgien-dentiste : .....
- Date de la dernière consultation chez votre chirurgien-dentiste : .....
- Aujourd'hui, avez-vous : une gêne ? Oui ☐ Non ☐

  une douleur ? Oui ☐ Non ☐

  un problème esthétique ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous des difficultés : à manger ? Oui ☐ Non ☐

  à dormir ? Oui ☐ Non ☐

  à parler ? Oui ☐ Non ☐
- Souffrez-vous des gencives ? Oui ☐ Non ☐
- Vos gencives saignent-elles lors du brossage ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous l'impression que vos dents se sont écartées, déplacées ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous l'impression que vos dents bougent ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous l'impression d'avoir mauvaise haleine ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous la bouche sèche ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous l'habitude de tenir entre vos dents des objets tels que crayon, trombone ou autre ? Oui ☐ Non ☐
- Serrez-vous les dents la nuit ? Oui ☐ Non ☐
- Grincez-vous des dents : la nuit ? Oui ☐ Non ☐

  le jour ? Oui ☐ Non ☐

- Des membres de votre famille proche ont-ils perdu des dents à cause d'un problème de gencive ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous reçu un traitement orthodontique (appareil dentaire, bagues…) Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous reçu un traitement parodontal ? Oui ☐ Non ☐
- Portez-vous une prothèse mobile ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous déjà réalisé un cliché radiologique des dents ? Oui ☐ Non ☐
- Combien de fois par jour brossez-vous vos dents : 1 fois ☐ 2 fois ☐ 3 fois ☐ Plus ☐
- Quel type de brosse à dent utilisez-vous (manuelle, électrique, souple, médium, dure) ?

  ……

- Utilisez-vous : un fil dentaire ? Oui ☐ Non ☐
  des bâtonnets ? Oui ☐ Non ☐
  des brossettes interdentaires ? Oui ☐ Non ☐
  autre ? ……
- Avez-vous perdu certaines de vos dents ? Oui ☐ Non ☐

  Si oui, quelle en est la cause ? ……
- Quelle est la date de votre dernier détartrage (6 mois, 1 an, 2 ans ou plus) ?

  ……
- Sur une échelle de 1 (mauvais) à 10 (parfait) comment évaluez-vous votre état dentaire ?

Apparence	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Santé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Confort	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fonction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Quelles sont vos priorités ? ……

  ……
- Autres éléments à signaler à votre chirurgien-dentiste ne faisant pas partie de cette liste :

  ……

  ……

Date : …… Signature patient :