

## Renseignements généraux

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Adresse : .....  
Code postal : .....  
Ville : .....  
Téléphone:    /    /    /    /                      Port :    /    /    /    /  
Profession : .....  
Email : .....

## Questionnaire de santé

. Nom de votre dentiste traitant : .....  
. Nom de votre médecin traitant : .....

. **Avez-vous des problèmes :**

. Cardiaques ?                      OUI / NON .....  
. Hépatiques ?                      OUI / NON .....  
. Digestifs ?                      OUI / NON .....  
. Articulaires ?                      OUI / NON .....  
. Sanguins ?                      OUI / NON .....  
. Rénaux ?                      OUI / NON .....

. **Etes-vous :**

. Diabétique ?                      OUI / NON .....  
. Asthmatique ?                      OUI / NON .....  
. Porteur(se) d'une infection virale ? OUI / NON .....  
. Allergique à certains produits ou médicaments ? OUI / NON

.....  
. Porteur(se) de prothèses autres que des prothèses dentaires ? OUI/NON

. Anxieux vis-à-vis des soins dentaires ? OUI / NON

. Avez-vous subi un traitement par radiations ? OUI / NON

. Avez-vous déjà été traité(e) pour l'ostéoporose ou une autre pathologie osseuse ? OUI/NON .....

. Porteur(se) d'une maladie qui n'aurait pas été citée plus haut ?

.....  
. Prenez-vous des médicaments actuellement ? OUI / NON

Lesquels : .....

. Etes-vous fumeur(se) ?                      OUI / NON .....

. Madame, êtes-vous enceinte ?                      OUI / NON .....

Fait à LAVAL le    ...../...../.....

Signature :