🗎 Fiche informative 🗎

Bienvenue au cabinet-dentaire.fr. Nous vous remercions pour la confiance que vous nous portez en venant nous consulter. Afin de vous prendre en charge dans les meilleures conditions, nous avons besoin de quelques renseignements qui, sous couvert du secret médical, resteront confidentiels.

ⓘ Informations générales:

☐ Mme ☐ Mlle ☐M ☐Me ☐Pr ☐Dr (**cocher la mention utile☑**)
NOM : ……..
Prénom : ……
✉ Adresse complète:……
💻 E-mail : …….
☏ Téléphones : ➢ Professionnel :……
➢ Domicile … ……..
➢ Portable……..
Profession :…….
Date de naissance : ……
N° de sécurité sociale : …….
Mutuelle (oui/ non): …….
Comment avez-vous connu le cabinet ? : ……..……...

🚑 Informations médicales :

- A quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ?……...

- Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? ☐ oui ☐ non
  Si oui, y a-t-il eu des complications ? ☐oui ☐non

- Avez-vous déjà eu une radiothérapie ou une chimiothérapie (traitement anti-cancéreux) ? ☐ oui ☐non

- Avez-vous été ou êtes vous atteint des affections suivantes **(cocher la mention utile☑):**
  - ☐Problèmes d'allergie et si oui à quoi : ……
  - Affections cardiovasculaires :
    - ☐Hypertension et si oui, est-elle équilibrée ?.....
    - ☐Angine de poitrine
    - ☐Infarctus du myocarde et si oui, de quand date-t-il ?.....
    - ☐ Insuffisance cardiaque
    - ☐ Troubles du rythme
    - ☐Endocardite d'Osler
    - ☐Autre(s) : ……...
  - Affection respiratoire
    - ☐Bronchite chronique / emphysème
    - ☐Asthme
  - Affections endocriniennes :
    - ☐Diabète et si oui est-il équilibré ?……..
    - ☐désordre thyroïdien et si oui lequel ?……
  - ☐Problèmes d'insuffisance rénale
  - ☐Affection gastro-intestinale (ulcère / cirrhose / hépatite) ?……..
  - ☐Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) ou autre maladie infectieuse (hépatites A, B ou C).....
  - ☐Problèmes neurologique (Epilepsie par exemple) ?……
  - ☐Arthrose/ Rhumatisme articulaire aigu ?.....
  - ☐Dépression

- Suivez-vous un traitement médicamenteux, si oui précisez les médicaments et pour quoi vous les prenez:
……..
……..
……..
……..
……..

- Etes-vous enceinte, et si oui de combien ?……

- Fumez-vous (si oui, combien par jour)?……..

Date et signature