



| | |
|---|--|
| Nom : Prénom : Date et lieu de naissance : / / à : Adresse Domicile : Code Postal : Ville : | Tél. Domicile : Portable : Tél Bureau : Email : |
| Profession : | Vous êtes adressé par : |
| Raison de votre visite : | |

Veillez consigner d'un façon précise les données médicales même si elles vous paraissent sans rapport avec le problème dentaire. Prière d'entourer la réponse correcte ou de répondre :

Avez-vous subi le test du SIDA ? oui non Si Oui, noter le résultat:
et la date du dernier examen :

Avez-vous souffert ou souffrez vous d'un cancer ?
Avez-vous été traité par **Radiothérapie** ? oui non, Si oui, date : durée :
Avez-vous été traité par **Chimiothérapie** ? oui non, Si oui, date : durée :

Avez-vous été l'objet d'une intervention chirurgicale majeure ? oui non Si oui Spécifiez :

Avez-vous été l'objet d'une transplantation d'organe ? oui non Si oui Spécifiez :

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de l'une des maladies suivantes ?

| | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Maladie cardio-vasculaire | Glaucome | Tuberculose | Troubles Psychiatriques |
| Epilepsie | Diabète | Hépatite | Hyperparathyroïdie |
| Ulcère | Maladie Osseuse | Hémopathie | Rhumatisme Articulaire Aigu |
| Sinusite | Lésion cardiaque congénitale | Lésion valvulaire | Prothèse valvulaire |
| Prothèse de hanche ou autre | Maladie Auto-immune | Insuffisance rénale chronique | Hémophilie |
| Autre maladie endocrine : | Autres maladies: | | |

Etes-vous ou avez vous été traité par des **Bisphosphonates** (voir les exemples ci-après)? oui non,
Si oui, lesquels ?
(*DIDRONEL, CLASTOBAN, LYTOS, SKELID, ARÉDIA, BONDRONAT, ZOMETA, ACTONEL, BONVIVA*)

Etes-vous allergique à un médicament quelconque ? oui non Si oui, spécifiez :

Quels médicaments prenez-vous actuellement ?



- Fumez-vous (pipe, cigare, cigarettes) ? oui non si oui, combien par jour?
depuis quand?
- Avez-vous fumé? oui non si oui, combien par jour? pendant :
quand avez vous arrêté?
- Suivez vous un régime alimentaire particulier ? oui non Si oui, spécifiez
- Vos gencives saignent-elles ? oui non
- Vos gencives se rétractent-elles? oui non
- Avez-vous des dents qui bougent ? oui non
- Grincez-vous des dents ? oui non

- | | | |
|--|--------------|---------------------------|
| - Quel type de brosse à dent utilisez vous ? | Electrique | Manuelle |
| - Utilisez vous ? | Fil dentaire | Brossettes interdentaires |

Etes vous particulièrement tendu ? oui non

Personne à contacter en cas d'urgence :

Tél :

Nom du Médecin généraliste :

Tél :

Date de votre dernière visite chez le dentiste:

Date :

Signature :