



Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :

## QUESTIONNAIRE MEDICAL ADULTE

Ce questionnaire est strictement confidentiel

Il est possible que nous envisagions ensemble un traitement bucco-dentaire. Afin de le traiter dans les meilleures conditions et d'éviter d'éventuelles interactions, nous vous demandons de répondre à ce questionnaire avec beaucoup de précision, nous vous en remercions.

**Avez-vous déjà consulté :** (Merci de préciser les raisons pour lesquelles vous avez consulté)

Un orthophoniste ? .....

un ORL ? .....

**Avez-vous des troubles du sommeil ?**

Ronflements  oui  non  
Apnée du sommeil  oui  non

**Habitudes :**

Succion du stylo / du pouce  oui  non  
Rongement des ongles  oui  non

**Régularité du brossage** (Nombre de fois par jour).....

**Pratiquez-vous un sport régulier, de la musique ?**  oui  non

Si oui, le ou lesquels : .....

**Avez-vous des allergies ?** (Médicamenteuses, alimentaires, autres...)  oui  non

Si oui, lesquelles : .....

**Maladies ou problèmes respiratoires :**

Asthme  oui  non  
Autres (précisez) : .....

**Avez-vous déjà été opéré(e) ?**  oui  non

Si oui, précisez la nature et la date des interventions : .....

**Maladies/problèmes cardio-vasculaires** (Endocardite, prothèse valvulaire...)  oui  non

Si oui, précisez : .....

**Maladies ou problèmes digestifs** (Ulcère, maladie du foie...)  oui  non

Autres (précisez) : .....

**Maladies/problèmes articulaires** (lombalgies, ostéoporose, arthrose)  oui  non

Autres (précisez) : .....

**Maladies ou problèmes endocriniens ou métaboliques :**

Hyperthyroïdie, hypothyroïdie  oui  non  
Diabète  oui  non

Autres (précisez) : .....

**Maladies ou problèmes rénaux :**  oui  non

**Maladies ou problèmes nerveux :**

Dépression nerveuse, Anxiété  oui  non

Autres (précisez) : .....

**Avez-vous déjà été atteint d'une maladie virale ?** (Herpès, Hépatite, VIH...)

Si oui, laquelle : .....

**Avez-vous des problèmes sanguins ?**  oui  non

Si oui, lesquels : .....

**Avez-vous été traité par hormone de croissance ?**  oui  non

**Avez-vous déjà été traité par des rayons ?**  oui  non

**Prenez-vous des médicaments quotidiennement ?**  oui  non

Si oui, lesquels (antihistaminiques, antidouleurs, pilules ...).....

**Fumez-vous ?**  oui  non

**Etes-vous enceinte**  oui  non

Fait à Montauban le

Signature :

Je certifie sincère les informations et m'engage à communiquer au dr. «praticien\_prenom» «praticien\_nom» tout changement concernant mon état de santé.  
J'autorise le cabinet à réaliser des photos dans le cadre de la constitution du dossier médical, qui pourra être transmis à mon chirurgien-dentiste par courriel.