Drs MERCIER Frédéric et Sylvia
Dr TRAJBER Clémentine

Cabinet Dentaire
65 rue Kléber 59155
FACHES THUMESNIL
tél 03 20 96 75 60

Mme ☐ Mr ☐ Nom : …….…… Prénom : ……

Date de naissance : ……/……/…… N° de Sécurité Sociale : __ /__ __/__ __/__ __/__ __ __/__ __ __/__ __

Profession : …… N° téléphone : ……
Adresse : …… Code Postal : …….. Ville : ……..
Adresse email : ……

HISTORIQUE MEDICAL

Nom de votre Médecin traitant :..... Date votre dernier examen médical : .....

Avez vous connu des changements dans votre état de santé depuis un an ? Oui ☐ Non ☐

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement : (Les réponses seront complétées lors de l'entretien avec le Dentiste).

◇ Antidépresseurs
◇ Asthme
◇ Chirurgie esthétique
◇ Désordres hormonaux
◇ Diabète
◇Glaucome
◇Hépatite A, B ou C
◇Lésions cardiaques congénitales
◇Ulcères à l'estomac
◇Autres ……
◇ Maladie du foie
◇ Maladies cardiaques
◇ Maladie du sang
◇ Maladies vénériennes
◇ Œdèmes (gonflements)
◇ Pacemaker
◇ Pertes de connaissance
◇ Problèmes circulatoires
◇ Problèmes nerveux
◇ Prothèses (autres que dentaires)
◇ Rhumatisme Articulaire Aigu
◇ Séropositivité HIV
◇ Sinusites répétées
◇ Syncopes, vertiges
◇ Thyroïde
◇ Troubles des reins
◇ Tumeur maligne
◇ Hypertension artérielle

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous subi un traitement par radiations ? Oui ☐ Non ☐

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Oui ☐ Non ☐

• Si oui, lesquels : .....

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Oui ☐ Non ☐

◇ Anesthésique local chez le Dentiste
◇ Antibiotique
◇ Anti-inflammatoire ou aspirine
◇ Iode et produits dérivés
◇ Latex
◇ Neuroleptique ou somnifère
◇ Métal
◇ Barbiturique.
◇ Codéine
◇ Autres : ……..

Etes-vous fumeur ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, nombre de cigarettes /jour : .....

Madame, êtes-vous enceinte ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, de combien de mois : .....

• Prenez-vous un traitement contre l'ostéoporose ou une autre maladie osseuse ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, quel type de médicaments prenez-vous ? ☐ Hormones ☐ Œstrogènes ☐ Biphosphonates

Si vous pensez avoir toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions, merci de le préciser ici :
.....

Etes vous satisfait de vos soins dentaires déjà réalisés ? Oui ☐ Non ☐
Pourquoi ? …….

Quelles sont vos attentes pour vos prochains soins dentaires ?
……

Date : Signature :